ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

Dr J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.



HUITIÈME SÉRIE — TOME PREMIER

CINQUANTE-TROISIÈME ANNÉE

90,152

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1895

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie

OBSERVATIONS

SUR

LES DÉLIRES ASSOCIÉS

ET

LES TRANSFORMATIONS DU DÉLIRE

Par le Dr H. DAGONET

Le délire chez les aliénés, considéré d'une manière générale, se présente sous deux formes principales : tantôt il est généralisé, d'autres fois il est plus ou moins coordonné. (Il est inutile de remarquer qu'il ne constitue pas à lui seul l'état d'aliénation mentale.) Dans le *premier* cas, la surexcitation est plus ou moins désordonnée, le malade devient incapable de régler d'une manière logique les impressions qu'il ressent, il n'a plus le pouvoir de contrôler par la réflexion la mémoire

l'imagination et les diverses autres facultés. A un certain degré c'est, dit Esquirol, « le désordre et la confusion ». Les sensations, les idées, les images se présentent à l'esprit du malade sans ordre et sans liaison. Dans le *second* cas, au contraire, le délire est plus ou moins organisé; il arrive même chez quelques sujets à revêtir les caractères d'une logique désespérante. On l'a désigné sous le nom de délire partiel, *systématisé*, il permet au malade de conserver, à côté du cercle de ses idées délirantes et du trouble limité de la conscience, l'intégrité apparente et plus ou moins complète des autres facultés, et les aptitudes qu'il présentait autrefois dans certains ordres de connaissances.

Le délire systématisé revêt la forme expansive ou la forme dépressive, d'où résultent certaines variétés désignées sous les noms d'hypocondrie, de délire des persécutions, de mégalomanie, etc.

Chose remarquable, on observe assez fréquemment le passage, la transformation d'un délire dans un autre, ou la combinaison, l'association chez le même individu des délires les plus différents et les plus contradictoires ; ce sont alors les *formes complexes* de l'aliénation mentale sur lesquelles nous voulons présenter les quelques observations suivantes.

Nous avons fait la remarque (*Mal. ment.*, 1894, p. 254) que toute classification, malgré les progrès scientifiques réalisés, est insuffisante pour comprendre les variétés si nombreuses que présente l'aliénation mentale. En effet, ainsi que Jules Falret l'avait justement observé, « on rencontre des états qui, sous certains rapports, participent des caractères des délires généraux et qui, par certains autres côtés, se rapprochent des délires partiels ; il en résulte que toute ligne de démarcation sérieuse devient impossible entre les délires généraux et les délires partiels ; on est alors obligé,

pour rentrer dans la vérité de l'observation, d'employer ces expressions hybrides et contradictoires de *mélancolie maniaque* ou de *manie mélancolique*, auxquelles certains auteurs ont eu recours pour dénommer ces états intermédiaires si fréquents dans la pratique ». (J. Falret, *Etudes sur les maladies mentales*, Paris, 1890.)

Nous aurons donc à observer, dans certains cas, des types essentiels de l'aliénation mentale qui, non seulement se succéderont et se transformeront l'un dans l'autre, mais se confondront, se réuniront simultanément chez le même malade pour constituer ce que l'on a désigné sous le nom de formes mixtes, de délires combinés.

On peut comprendre sous cette dénomination, suivant Kraepelin, *la manifestation simultanée de délires contradictoires* ou même la transition d'une forme à l'autre: par exemple la présence du délire ambitieux concurremment avec le délire des persécutions. Si l'état de simplicité vient, en règle générale, caractériser les formes franches, dites primaires, les vésanies pures, dans un certain nombre d'autres cas, l'on rencontre l'association des délires contradictoires, leur enchevêtrement; ils alternent quelquefois les uns avec les autres et viennent ainsi constituer une classe à part des maladies mentales, les folies circulaires, le délire mélancolique à forme ambitieuse, la mégalomanie avec délire de la persécution, etc. Esquirol avait déjà fait cette remarque: « Non seulement, on voit la folie se transformer en quelque sorte, et les diverses formes de délire se remplacer et se succéder, mais on les voit se compliquer pour former des composés binaires, ternaires ; les observations détaillées démontreront plus tard ces combinaisons. » (Esquirol, I, p. 80.)

En tête des *transformations* du délire que l'on observe chez certains aliénés, du passage plus ou moins brusque

d'un délire à l'autre, nous devons placer la *folie circulaire*. Falret père l'avait signalée l'un des premiers : « Nous devons faire remarquer que les deux états dont la succession continuelle constitue la folie circulaire, ne sont, en général, ni la manie, ni la mélancolie proprement dites, avec leurs caractères habituels : c'est en quelque sorte le fonds de ces deux espèces de maladies mentales sans leur relief. » (Falret père, cité par René Semelaigne : *Les Aliénistes français*, p. 309.)

On sait que la folie circulaire est, d'après J. Falret, une forme de maladie mentale, caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé. La transition entre les deux périodes est quelquefois très rapide ; dans certains cas même, entre la dépression qui finit et l'excitation qui commence, il n'est pas possible de reconnaître un état d'équilibre qui, si court qu'il fût, pourrait être considéré comme une réelle intermittence. L'excitation maniaque est d'autant plus violente que la dépression mélancolique a été plus profonde. La folie circulaire est, suivant Krafft-Ebing, caractérisée par un cycle d'états mélancolique et maniaque, alternants, pouvant durer très longtemps, quelquefois toute la vie et se présentant d'une manière typique, comme l'ont décrite Falret et Baillarger. Presque toujours, suivant l'auteur que nous citons, le stade contraire s'ajoute directement au précédent ; dans les cas plus rares, un intervalle lucide peut séparer les deux stades.

Le passage plus ou moins brusque et plus ou moins complet d'une forme délirante dans une autre se rencontre en dehors de la folie circulaire, dans d'autres espèces d'aliénation mentale, et l'on dirait que le processus pathologique se déplace et se porte plus ou moins rapidement d'un appareil fonctionnel sur un autre.

Une jeune fille que nous avons observée, après avoir été atteinte pendant plusieurs mois d'une mélancolie religieuse, fut prise pendant un an de manie aiguë avec excitation violente; cet état fut enfin suivi d'une guérison complète.

Nous nous rappelons aussi l'observation d'un de nos malades atteint de délire mélancolique, qui, pendant plusieurs mois, tournait sans cesse autour d'une table, répétant qu'il allait mourir, qu'il fallait faire chercher le notaire pour recevoir son testament, etc. Cet état de profonde dépression changea brusquement chez lui en l'espace de quelques jours et se transforma en un délire absolument contraire, très expansif. Pris d'une activité désordonnée, il était dominé par toutes sortes de projets ambitieux, il voulait surtout introduire des réformes dans l'administration des finances (il en avait été un fonctionnaire intelligent); ses projets, dont il entretenait toutes les personnes qu'il rencontrait, n'étaient pas dénués de logique; sa conversation, en dehors de ses idées prédominantes, était sensée et quelquefois pleine d'intérêt. Ce malade est resté dans cette situation d'esprit pendant de longues années, tant qu'il a été soumis à notre observation.

L'observation suivante nous a paru intéressante sous ce rapport :

M... est entré dans notre service à l'asile Sainte-Anne en 1884. Le certificat du Dr Motet constate les faits suivants : la physionomie est inquiète, l'œil est hagard ; avant d'être interrogé, il fait des exclamations qui révèlent ses angoisses. « C'est horrible, dit-il, je vais être arrêté, condamné pour faux, exécuté. On dit que j'ai attenté à la sécurité de l'État, on va me faire couper le cou, ma famille est déshonorée, des lettres contre moi vont être publiées dans les journaux, c'est le déshonneur pour moi et les miens, etc... »

C'est dans cette disposition d'esprit, présentant au plus haut degré les caractères de l'anxiété mélancolique, que nous l'observons à son entrée dans notre service.

Il a peur d'être exécuté, cette crainte l'empêche de dormir, il entend dire qu'il sera condamné à mort, il veut écrire au Président de la République pour lui demander sa grâce ; il est persuadé qu'il va être jugé et condamné ; il répète sans cesse les mêmes idées. Il résume d'ailleurs lui-même dans une observation qu'il a rédigée et qui a été remise au Dr Dubuisson, dans le service duquel il est resté, les préoccupations pénibles qui ne cessaient de l'assaillir : « J'avais peur des gendarmes qui me

traîneraient en prison pour passer en cour d'assises, j'étais sûr d'être condamné au bagne. Pourquoi? C'est que j'étais absolument convaincu d'être le plus grand criminel de la terre. En proie à toutes sortes d'inquiétudes, je lisais continuellement les articles du Code que je pensais viser mon cas. Je croyais qu'on dressait des barricades dans la rue, qu'une nouvelle Commune était prochaine. » Il croit voir un jour entrer des hommes de loi dans le jardin de l'infirmerie où il est placé et il entend très distinctement ces paroles : « Le sieur M..., reconnu coupable d'avoir conspiré contre la sûreté de l'État, excité au meurtre, au pillage et à l'incendie, est condamné à mort. Le criminel étant enfermé à Sainte-Anne, l'exécution aura lieu en face de la porte d'entrée de l'infirmerie... » La nuit il s'imaginait, lorsqu'il entendait du bruit, que c'était la guillotine qu'on montait ; le bruit des voitures lui semblait être celui des canons; il avait peur de voir les insurgés pénétrer dans Sainte-Anne.

L'énumération des terreurs, des illusions et des hallucinations terrifiantes qui ne cessaient d'assiéger son esprit est longuement détaillée dans son mémoire; il est inutile d'entrer à ce sujet dans de plus longs détails, il s'agit d'un délire panophobique des mieux caractérisés, avec des périodes d'exacerbation.

Ce délire persista environ trois ans; puis il fit place peu à peu à un délire de satisfaction contraire. Le malade croit avoir une importance très grande, il est d'une activité exubérante, s'imagine rendre toutes sortes de services, donne des conseils, des avis à toutes les personnes qu'il rencontre, forme toutes sortes de projets, toujours satisfait, riant sans motifs, raisonnant d'une manière sensée, ne conservant plus, en un mot, aucune de ses anciennes préoccupations maladives qu'il considère lui-même comme ayant été une véritable folie. Cette nouvelle disposition d'esprit, cette grande satisfaction, cette activité musculaire ont persisté depuis 1887, sans le moindre changement, jusqu'au jour où il a été transféré dans un autre établissement, en 1893.

On a cherché à expliquer ces transformations que rien ne saurait faire prévoir et dont rien ne peut rendre compte. C'est là un fait clinique exceptionnel ; mais on ne peut en méconnaître l'importance.

Spielmann, ainsi que nous l'avons fait observer (*Mal.*

ment., 1894, p. 380), avait admis que la mégalomanie se développe de deux manières : elle peut être précédée de manie, et alors elle atteint rapidement tout son développement, ou bien elle procède de la mélancolie, ce qui est le cas le moins fréquent. Cette transition de la forme dépressive à la forme expansive du délire se manifeste d'une manière assez brusque. Dans l'espace de quelques jours, souvent même de quelques heures, le malade présente une expression tout autre et une disposition morale absolument contraire. Le professeur Albers (de Bonn) exprimait la même opinion au sujet de la fréquence du développement de la mégalomanie comme transformation de la folie avec dépression ou excitation (mélancolie, manie). Suivant cet auteur, la mégalomanie qui débute d'emblée avec les caractères qui lui sont propres, serait une grande rareté. Dans quelques cas rares, le délire ambitieux peut précéder le délire mélancolique.

La *présence simultanée* de délires contradictoires, de nature contraire, se rencontre assez souvent chez le même malade ; ainsi on observe le mélange, l'association du délire expansif et du délire dépressif, d'idées ambitieuses et d'idées hypocondriaques, de persécution, etc.

Ces formes mixtes, ces délires combinés se retrouvent dans les formes les plus diverses d'aliénation mentale, en tête desquelles nous devons placer la *paralysie générale*, l'*alcoolisme*, les *démences*.

Le délire hypocondriaque des paralytiques généraux, que Baillarger a si bien décrit, s'accompagne presque toujours d'idées absurdes de grandeur et de richesses, à côté de délire mélancolique, d'hypocondrie et de persécution.

D... est atteint de paralysie générale; on observe chez lui l'affaiblissement des facultés avec une perte incomplète de la

mémoire, de l'incohérence, des préoccupations hypocondriaques alternant avec des idées de satisfaction et des projets ambitieux ; on constate en même temps l'hésitation de la parole et le tremblement fibrillaire de la langue, les pupilles sont légèrement contractées. Il dit que ses amis qui habitent près de là, rue de Sèvres, ont 100,000 francs à manger par jour, lui n'a rien, mais il ira vivre près d'eux.

G... est atteint de paralysie générale avec idées hypocondriaques et ambitieuses. On l'a amené, dit-il, par erreur à Sainte-Anne. Il a une mission à remplir, il doit aller à Orléans pour que l'évêque Dupanloup succède au pape. Victor Emmanuel doit rendre au pape ses États, il ira à Rome prendre Victor Emmanuel et le fera garrotter. Il a le gosier et l'estomac bouchés ; ses intestins ont été fermés pendant huit jours, c'était une punition qui lui était infligée pour ses péchés ; embarras de la parole, pupille gauche plus dilatée, tremblement de la langue, etc.

J... est atteint de paralysie générale, suite d'alcoolisme, irritabilité, tremblement de la langue et des mains, etc., mémoire affaiblie, insomnie, idées de persécution, on lui fait toutes sortes de misères, on a fait des rapports contre lui, on veut le faire passer pour fou... Il va avoir 30,000 francs d'appointements, il fera des inspections dans les pénitenciers (il était sergent de ville). Dans l'armée, il fera du bien à tout le monde. Il est très fort, il possède une magnifique santé, il pourrait porter 700 kilogrammes comme une barre de fer. Il va inspecter les prisons, les hospices, pour voir si tout est bien tenu ; les garçons ne sont pas assez payés, il leur donnera davantage, il trouvera facilement de l'argent, etc.

G... présente également un mélange d'idées ambitieuses et d'idées hypocondriaques. Le certificat signé par le Dr P. Garnier porte qu'il est atteint de paralysie générale avec affaiblissement considérable des facultés. Il est dominé par des idées de persécution et de satisfaction, embarras de la parole, pupilles contractées et inégales. Il n'est pas musicien, mais il s'imagine jouer supérieurement de la flûte, il veut donner des concerts, etc., il faut qu'il aille se faire ranger les dents pour mieux jouer de la flûte, sa mâchoire, son cou se rétrécissent, il a un pied plus petit que l'autre, etc., il cherche sans cesse à ôter ses chaussures, etc.

P... est atteint d'*alcoolisme* avec délire complexe. Désordre dans les idées et dans les actes, hallucinations terrifiantes de la

vue et de l'ouïe, idées de persécution avec alternatives d'idées ambitieuses. Par moments, hésitation de la parole, tremblement de la langue et des mains, céphalalgie, étourdissements, crampes.

Il voit des animaux effrayants, des serpents, des éléphants tout noirs qui remuent et grondent sans cesse. Deux personnes surtout étaient à sa poursuite, il entendait des menaces, croyait qu'on allait le faire guillotiner, il avait fait deux tentatives de suicide pour obéir aux voix qu'il entendait. Il manifestait en même temps des idées ambitieuses, il croyait avoir gagné beaucoup d'argent, etc. Il convient lui-même avoir fait des excès alcooliques, il buvait deux et trois verres d'absinthe par jour.

Il est inutile d'insister sur ces faits ; ils prouvent que l'on trouve d'une manière relativement fréquente dans la paralysie générale, l'alcoolisme, etc., ce mélange de terreurs, d'idées de persécution, de préoccupations hypocondriaques et d'idées ambitieuses.

L'*association* des formes expansives et dépressives dans les diverses variétés du *délire systématisé* présente un véritable intérêt. Elle a été l'objet dans ces derniers temps de discussions nombreuses à la Société médico-psychologique, ces faits sont trop connus pour que nous insistions.

Le délire ambitieux systématisé, que l'on a particulièrement désigné sous le nom de *mégalomanie*, peut se rencontrer, nous l'avons vu, dans les formes d'aliénation mentale les plus variables. Les importantes recherches d'Achille Foville (*Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*. Paris, 1871) ont démontré que le délire ambitieux n'appartenait pas exclusivement à une forme spéciale d'aliénation mentale, mais qu'on le rencontrait associé aux affections mentales les plus diverses; « c'est pour cela, ajoute cet auteur, qu'on a admis des manies, des lypémanies ambitieuses, dans lesquelles on voit les idées de grandeur se

mêler aux autres symptômes qui caractérisent la maladie, etc. »

Nous le trouvons associé et alternant avec la *stupeur*.

L'un de nos malades, B..., entré en 1868 à Sainte-Anne, présentait les caractères de la dépression mélancolique, sa maladie était survenue à la suite de chagrins domestiques, il avait des hallucinations de l'ouïe et restait dans un état habituel de stupeur et de mutisme; de temps à autre, il manifestait des idées de grandeur et prétendait être sur le trône de France.

Le *délire des négations*, cette forme particulière de la mélancolie anxieuse dont nous devons la description surtout aux recherches de Cotard, présente souvent aussi le mélange remarquable des idées de grandeur associées aux idées d'humilité ; il rentre à ce point de vue dans la catégorie des délires combinés. Ritti fait remarquer que ces aliénés anxieux, hypocondriaques, aux allures si humbles, finissent par arriver à un état d'esprit qui constitue comme le pôle contraire de leur humilité : « L'idée d'être un grand coupable, d'avoir commis tous les crimes, d'être le diable, d'avoir une puissance infernale, etc., aboutit à une sorte de pseudo-mégalomanie. » (*Éloge de Cotard*, par Ritti, 1894, p. 27.)

Comme le fait observer Cotard avec raison, l'hyperbolisme du langage, les idées d'énormité, le sentiment d'une puissance malfaisante, il est vrai, mais surhumaine, s'accordent mal avec une véritable humilité : « Si on examine avec attention, dit Cotard, les conceptions morbides qui accompagnent le délire des anxieux chroniques, on retrouve non seulement les idées d'immortalité, mais d'autres idées congénères. Quelques-uns d'entre eux ne sont pas seulement infinis dans le temps, mais ils le sont aussi dans l'espace. Ils sont immenses, leur taille est gigantesque, leur tête va toucher aux étoiles. Ils ont des millions comme des paralytiques ou des mégalomanes, mais ils millionnent dans le sens de

leur délire mélancolique. » (Cotard, *Le délire d'énormité*, *Société méd.-psych.* 26 mars 1888.)

Des observations intéressantes publiées sous ce rapport constatent l'association intime des idées de grandeur au délire mélancolique. Séglas et Sourdille ont rapporté (*Ann. méd.-psych.*, 1893, p. 192) une observation très détaillée d'une malade atteinte de mélancolie anxieuse très prononcée, caractérisée par des idées de damnation, de négation, d'immortalité, d'énormité, des troubles de la sensibilité, etc. Séglas remarque que dans cette singulière affection (*Ann. méd.-psych.*, juillet 1889, p. 20), l'ancienne personnalité subit une modification profonde qui explique l'idée de la non-existence, en même temps que la formation d'une nouvelle personnalité suggère au malade l'idée d'immortalité. On pourrait, suivant lui, assigner la même origine aux idées analogues qui constituent la période ultime de ces délires et que Cotard a groupés sous le nom de délire d'énormité.

Séglas émet encore l'opinion que dans ce délire des négations où la personnalité s'altère et change à un moment donné (V. aussi J. Dagonet, *Société de médecine mentale de Belgique*, 1891, p. 193), on peut admettre aisément une certaine prédisposition héréditaire : « Même dans les cas, dit-il, de délires systématisés primitifs (celui des persécutés et des persécuteurs), le développement anormal de la personnalité est l'essence même de la maladie, les idées délirantes en sont l'expression tardive ; ces formes de délire ont en tous cas des rapports intimes avec la dégénérescence mentale proprement dite. » (*Ann. méd.-psych.*, 1887, p. 25.) Nous pensons que les délires de négation, à forme complexe de Cotard, doivent rentrer dans le cadre des délires systématisés ; cet auteur a, de plus, réuni dans ce groupe des formes quelque peu disparates.

L'observation suivante est un exemple de délires multiples, associés, comme on les rencontre dans certaines formes de *dégénérescence mentale.*

V... entre à l'asile Sainte-Anne (1870) avec le certificat suivant du Dr Falret : « Est atteint d'aliénation mentale partielle avec prédominance d'hallucinations de l'ouïe et de la vue et avec l'idée dominante qu'il a assassiné une jeune personne qui est maintenant au ciel, elle vient de temps en temps le visiter la nuit et lui donne des ordres qu'il exécute ponctuellement. Tantôt il s'imagine qu'il est une femme et qu'il doit se revêtir en conséquence pour représenter sur la terre celle qu'il dit avoir assassinée, tantôt il croit qu'il doit jouer la folie et il se livre alors volontairement à des actes désordonnés ou à des cris perçants pour se faire conduire à la division des agités. Tantôt, enfin, il dit qu'il doit se jeter à la Seine pour arriver plus vite au ciel, ou bien accomplir un voyage pour obéir à celle qui lui donne des ordres du haut du ciel. »

Le malade est dominé par les idées fixes les plus singulières et les plus contradictoires. Il rentre dans la catégorie des impulsifs; il disparaît de chez lui pendant une nuit sous le prétexte d'aller chez le curé, il passe la nuit sous les ponts et va ensuite se confesser. Il prétend qu'il a publié des romans et qu'il a gagné beaucoup d'argent en les vendant. Ce qui caractérise sa folie, dit sa mère, c'est l'orgueil et l'impulsion à faire le mal. Sa physionomie est caractéristique, le front est bas, les yeux expriment l'intelligence, mais en même temps quelque chose de faux et de sinistre. Lui-même nous explique que sa maladie a commencé il y a environ six mois. Il a été dominé par des idées obsédantes et bizarres de toutes sortes ; tantôt il s'imaginait être poursuivi, d'autres fois il croyait avoir tué une jeune fille qu'il connaissait seulement de vue, d'autres fois, il était pris d'idées de *vagabondage*, suivant sa propre expression. Il entend souvent des paroles, des mots sans suite, il a la conscience que ce sont des hallucinations, qu'il n'y a autour de lui personne qui prononce les voix qu'il perçoit, que ce sont de fausses sensations. Il a comme de mauvaises idées qui lui traversent l'esprit, de dangereuses impulsions, mais auxquelles il a la force de résister.

Il aime à jouer un rôle, à discuter, par exemple sur la religion ; il ne croit pas, dit-il, que le Dieu des prêtres soit le Dieu

tel qu'on doit le comprendre, il ne peut être à la fois bon et méchant, etc. Il se plaît à raconter devant sa sœur des choses inconvenantes, il fait à sa mère toutes sortes de mensonges. Il prétend qu'il a établi à l'asile Sainte-Anne une franc-maçonnerie, etc. Il s'évade enfin de l'asile en se servant d'effets qu'un autre malade lui avait prêtés ; il revient le surlendemain chez sa mère, fatigué, se met à verser d'abondantes larmes, mais refuse de dire où il avait couché. Il veut faire croire qu'il a trouvé une place et qu'on ne le reverrait plus avant vingt ans; il affirme une autre fois avoir été frappé sur les boulevards, et s'étonne que le *Petit Journal* n'ait pas rapporté le scandale auquel il prétendait avoir donné lieu.

Ce malade, que nous avons perdu de vue, présentait, au moment où nous l'avons observé, un mélange de folie impulsive, d'hallucinations, de délire ambitieux plus ou moins systématisé, de perversion morale, etc.

L'association des idées ambitieuses se rencontre assez fréquemment avec le *délire systématisé chronique de persécution*, elles persistent souvent indéfiniment avec ce dernier délire. Schüle en fait la remarque : « On observe fréquemment, dit-il, comme modification clinique importante du délire des persécutions, l'adjonction du délire ambitieux à la dépression ou la substitution de celui-là à celle-ci. » Suivant le Dr A. Mairet (*Ann. méd.-psych.*, 1888, p. 374), la folie des persécutions peut parcourir toute son évolution sans passer par des phases du délire des grandeurs, sans qu'on y rencontre même aucune trace de ce dernier délire.

Le délire des grandeurs est toutefois relativement fréquent dans la folie des persécutions ; mais il n'en est pas une phase. On le trouverait, suivant J. Falret, dans le tiers des cas environ ; plus fréquemment même, d'après le Dr Mairet. On doit encore admettre, suivant lui, que ces idées existent en germe dans certaines formes du délire de persécution, on peut alors en *constater la présence dès le début* chez une certaine catégorie de persécutés, chez ceux qui s'étaient déjà fait particuliè-

rement remarquer par une exagération du moi, par une grande idée de leur valeur personnelle. Ce mélange d'idées de persécution et de grandeur constitue, en définitive, une variété de cette forme de folie. On retrouve enfin dans les antécédents personnels du malade les racines de ce délire ambitieux.

Quelques auteurs (Gérente, Magnan, Garnier) ont voulu, à tort, faire de ce délire une période d'une forme spéciale de maladie à évolution en quelque sorte mathématique et qu'ils ont désignée sous le nom de *délire chronique*.

Le Dr Cramer fait les remarques suivantes, dans le fascicule du 2 février 1894, p. 348 de l'*Allg. Zeitschrift für Psychiatrie*, au sujet de ce délire chronique, opposé par Magnan à la folie des dégénérés et appelé par Moebius *Paranoia completa* : « En ce qui concerne les auteurs allemands, dit-il, on est frappé de ce fait que les *quatre périodes* du délire chronique n'ont jamais été observées par eux quoiqu'ils se soient beaucoup occupés de ces malades. Les idées ambitieuses dans le délire de persécution ont été fort bien décrites, mais on ne trouve aucune donnée sur cette marche absolument régulière. »

Les *délires d'emblée*, hallucinatoires, analogues à la confusion hallucinatoire ou à la *Verrücktheit* primitive aiguë de Westphal, présentent aussi des idées délirantes multiples et changeantes, sans systématisation : « Pour Magnau, ajoute Cramer, ces délires d'emblée à début brusque, sans prodromes épileptoïdes, sans fièvre, etc..., sont des délires caractéristiques des dégénérés. Il est curieux de voir Krafft-Ebing, qui attache également une importance très grande à la dégénérescence mentale au point de vue de la classification, ranger ces délires d'emblée dans les psycho-névroses pures, alors que les formes chroniques sont classées par lui dans les dégénérescen-

ces psychiques. C'est tout le contraire de ce que Magnan a exposé. » Cramer conclut que le délire chronique, si l'on s'en rapporte à la description doctrinaire de Magnan, ne doit se rencontrer que d'une manière tout à fait exceptionnelle et que l'on ne peut pas davantage faire de la dégénérescence un signe de diagnostic différentiel, ainsi que le propose ce dernier auteur.

Christian a publié un travail fort intéressant (*Archives de Neurologie*, nos 66 et 67) sur les idées de grandeur chez les persécutés ; cette étude s'appuie sur un grand nombre d'observations personnelles. Le délire de persécution ne suffit pas, suivant lui, à caractériser la forme d'aliénation mentale que l'on a désignée sous le nom de délire de persécution, l'idée de persécution se manifeste, en effet, dans les formes d'aliénation mentale les plus diverses, l'alcoolisme, la paralysie générale, la démence sénile, etc. On la retrouve dans les folies ambitieuse, érotique, hypocondriaque, dans l'agitation maniaque et la dépression mélancolique.

« Ce n'est plus là, dit Christian, qu'un symptôme, un syndrome si l'on veut ; il n'existe là qu'à l'état accessoire, ne vient jouer qu'un rôle secondaire, effacé, et l'on ne doit pas le prendre pour la caractéristique de la maladie mentale. » Tout autre, ajoute-t-il, est le délire qui revêt dans quelques cas une forme remarquable de systématisation ; il repose avant tout sur un trouble profond de la sensibilité générale et, suivant les malades, provoque des réactions différentes vis-à-vis de l'entourage. Le persécuté ne se croit pas malade ; tout ce qu'il ressent, il le rapporte à des influences extérieures, aux infernales machinations de ses persécuteurs ; « s'il tousse, ce n'est pas parce qu'il est enrhumé, c'est parce qu'on lui fait respirer des poudres irritantes ; s'il a de la dyspnée, c'est parce qu'on lui introduit des asphyxiants dans les poumons ; si la digestion est laborieuse, c'est

parce qu'on lui a mis des drogues malfaisantes dans ses alimeuts ; un malade sous l'influence des progrès de l'âge devient presbyte et ne ne peut plus lire sans lunettes, c'est tout simplement pour lui une nouvelle manœuvre de ses ennemis qui dirigent sa vue et cherchent à la lui supprimer ».

C'est cette *extériorisation* qui provoque cette explication uuique du malade pour tout ce qu'il ressent au point de vue moral et physique, l'action d'influences extérieures, de machiuations coupables dirigées par son éternel ennemi, son inséparable persécuteur. Quelles que soient les sensations éprouvées, l'explication reste invariablement la même ; elle est la caractéristique du délire de persécution ; elle lui imprime un cachet particulier; d'autres symptômes peuvent manquer, mais celui-là existe chez tous les persécutés, chez ceux naturellement dont le délire est nettement systématisé.

Le délire ambitieux que l'on rencontre chez les persécutés n'est pas, suivant Christiau, une transformation du délire de persécution, il n'en est qu'une complicatiou : « Aux idées de persécution s'ajoutent les idées de grandeur, tantôt alors celles-ci deviennent prédominantes, tantôt elles u'apparaissent que d'une façon incidente, accessoire ; chez beaucoup de malades elles se montrent, non pas sous la forme concrète du délire mégalomaniaque, mais sous une forme vague d'orgueil, d'iufatuation, de haute idée de soi-même ; eufin beaucoup de persécutés u'ont pas d'idées de grandeur et ne paraissent pas susceptibles d'en avoir jamais. »

Christian fait justement remarquer que les aliénés ne fabriquent pas leur délire, qu'ils ne disent pas, par exemple, suivant la théorie de Ach. Foville, pour expliquer la formation des idées ambitieuses, pourquoi m'en veut-ou ? Pourquoi tant d'influences dirigées contre moi ? Je suis donc un être important, une personnalité à

laquelle se rattachent de puissants intérêts, etc..., un prince, un roi, etc... « Ces sortes de malades ne raisonnent pas plus que les autres aliénés leur délire ; ils ne le discutent pas, aucune invraisemblance ne les arrête, ils le subissent passivement. C'est pourquoi le délire ambitieux peut côtoyer dès le début le délire de persécution, persister continuellement avec lui, présentant des alternatives d'excitation et d'apaisement, des périodes pendant lesquelles il prend un caractère prédominant, surgissant d'emblée et sans aucun intermédiaire à l'occasion d'un rêve, d'une hallucination, à la suite même d'une *idée éclose par cérébration inconsciente.* »

Il faut approuver aussi cette remarque faite par Christian, et les observations que nous avons recueillies la confirment entièrement, c'est que le délire de persécution, associé ou non aux idées ambitieuses, est de toutes les formes d'aliénation mentale celle qui se termine le moins rapidement par la démence. Chez ceux qui atteignent un âge avancé, on ne voit pas le délire se modifier ; l'affaiblissement intellectuel ne survient pas aussi fréquemment que cela arrive pour d'autres aliénés ; dans quelques cas il n'est qu'apparent, c'est une pseudo-démence. Les idées délirantes finissent quelquefois par ne plus avoir la même acuité, la même ténacité ; mais tant que les malades vivent, et nous ne parlons pas de ceux qui atteignent un âge avancé, leur délire ne se modifie pas (Christian).

Dans un certain nombre de cas, le délire ambitieux systématisé précède le délire de persécution, on le voit rester prédominant pendant toute la durée de la maladie, quelques rares idées de persécution viennent de temps à autre s'associer à lui.

L'un de nos malades, B... (sorti par amélioration en 1887), était depuis deux ans atteint de mégalomanie. Agé de trente-deux ans, marié et employé des pompes funèbres, il ne faisait

pas d'excès alcooliques. Il se dit fort riche, il n'a plus besoin de travailler ; il est le fils de Don Juan d'Espagne ; le pape est son parrain ; son grand-père lui écrit des lettres d'outre-tombe qui ont été publiées dans le journal *le Mot d'Ordre*. Le sang noble a parlé chez lui et lui a fait connaître sa haute naissance. Son beau-père Don Marnier Zorilla veut s'emparer de son argent, etc.

Il nous paraît impossible dans l'état actuel de la science d'expliquer la raison d'être, en vertu de laquelle se produisent les transformations et les associations du délire chez les aliénés. Le trouble pathologique se déplace-t-il pour se porter plus ou moins rapidement sur d'autres territoires cérébraux ? Y a-t-il dans l'association de plusieurs délires contradictoires une aggravation, une extension de la maladie qui envahit plusieurs régions à la fois ? Nous ne le pensons pas. Toutefois, il ne faut pas oublier que l'on observe à côté de la manifestation délirante un trouble plus ou moins profond de la sensibilité générale, que ce trouble peut déterminer chez l'individu le sentiment de bien-être ou le sentiment contraire de malaise et d'inquiétude, et qu'il vient par cela même produire la forme expansive ou dépressive du délire systématisé. C'est une personnalité qui se crée, et transforme profondément la manière de penser et de sentir de l'individu.

L'évolution du délire expansif ou dépressif ne se produit pas avec la simplicité et l'uniformité que quelques auteurs ont voulu lui donner. Le terrain est préparé longtemps à l'avance, les différents phénomènes qui caractérisent la maladie se développent lentement pour s'accentuer de plus en plus (rarement l'évolution se fait brusquement) : c'est d'abord une sorte de confusion dans les idées qui se coordonnent peu à peu pour constituer définitivement le délire systématisé.

Le *pronostic* dans les cas d'association et de transformation de différents délires, nous paraît augmenter

de gravité. (Nous devons, bien entendu, mettre en dehors de cette appréciation les délires alcooliques plus ou moins aigus.) L'adjonction du délire ambitieux est, suivant Schüle, un signe d'une haute gravité, sinon de l'incurabilité. Les folies circulaires présentent une ténacité extraordinaire, elles passent souvent pour incurables.

Sans doute le pronostic de semblables affections est grave ; mais il ne faut pas oublier le fond sur lequel elles viennent quelquefois se greffer, l'état d'hystérie, de névropathie, de neurasthénie, etc., qui peut être lui-même suivi d'une amélioration rapide.

Dans tous les cas, quelles que soient les conditions dans lesquelles se présentent les formes complexes d'aliénation mentale, on n'a pas le droit, là plus qu'ailleurs, de prononcer le mot d'incurabilité.

En *résumé*, nous pensons que les idées délirantes n'ont pas par elles mêmes autant d'importance qu'on le croyait autrefois. Le plus souvent elles ne sont pas, à proprement parler, contradictoires, elles ne le sont qu'en apparence; en effet, comme on l'a dit, les idées de persécution et les idées ambitieuses ne sont-elles pas de même nature, puisqu'elles germent sur un même fond d'égoïsme, l'individu rapportant tout à lui? Attribuer toute l'importance aux idées de persécution, par exemple, et n'en attacher que fort peu aux idées ambitieuses (comme on le fait généralement puisque l'on dénomme les délires systématisés chroniques, délires de persécution) est peu rationnel. Les idées ambitieuses ont la même valeur que les idées de persécution.

Il n'y a, croyons-nous, d'*intérêt pathologique* réel que dans la *marche* et l'ensemble des symptômes des vésanies. C'est ainsi que l'on doit délimiter les formes en aliénation mentale et non par la présence d'idées délirantes, contradictoires ou non.

UN CAS DE MORPHINOMANIE

Par F. SENLECQ

Interne de la Maison nationale de Charenton
et des asiles de la Seine.

Bien des observations de morphinomanie ont été déjà publiées, et cependant le morphinisme offre un champ bien vaste à l'étude, tant sont variés et bizarres les phénomènes que l'on y rencontre. Que de faits sont encore inconnus ou non élucidés ! L'observation que nous publions, nous a paru présenter quelques côtés intéressants, très peu observés, que nous nous efforcerons d'étudier.

Nous remercions tout d'abord M. le Dr Marandon de Montyel, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, de l'extrême obligeance qu'il a mise à nous guider dans ce travail, à nous faire remarquer et à nous expliquer les diverses anomalies qui méritent attention et justifient cette note. Il nous a paru en outre, après avoir parcouru l'ouvrage remarquable du Dr Chambard sur la morphinomanie, que, par bien des points, nous possédions un cas particulier non encore relaté.

C'est à la douleur très souvent qu'il faut imputer le premier pas dans cette route funeste, dont le malheureux abrège d'autant plus le trajet qu'il cherche à la rendre plus agréable.

Observation. — François X..., trente-huit ans, comptable, puis infirmier, ne présente aucun antécédent névropathique

personnel ni héréditaire. Transféré de l'asile clinique à l'asile de Ville-Evrard, dans le service de M. le Dr Marandon de Montyel, avec la fiche de morphinomane, ce malade n'offre aucun trouble intellectuel ni moral pouvant justifier son entrée dans un service d'aliénés. C'est X... lui-même qui nous a fourni, avec la plus minutieuse précision et la meilleure volonté, tous les détails de sa vie de morphinomane, depuis sa première injection jusqu'à ce jour où, complètement remis, il ne veut même plus entendre parler de la morphine. Puisse cette résolution persister chez lui!

La première piqûre remonte à huit ans. Ayant contracté, à la suite d'une blennorrhagie, une cystite très douloureuse et étant entré à l'hôpital, X... y subit, vers la fin de juin 1885, la taille hypogastrique. Quelle fut la raison de cette opération? Le malade ne peut la dire; on lui fit le curetage de la vessie, et comme, à la suite de cela, les douleurs persistaient très vives, on eut recours à la morphine.

D'emblée, dès le premier jour, la dose fut de trois seringues de Pravaz par jour d'une solution au 1/50e. Ces piqûres calmaient et faisaient disparaître les souffrances, amenant même de temps à autre, pas toujours, un sentiment vague de bien-être général. Cette euphorie, le malade la recherchait parfois, alors que souffrant très peu, il simulait de violentes douleurs, et obtenait ainsi une piqûre. « Dans ce cas, nous a-t-il dit, je me montrais d'autant plus douillet que je voulais avoir la piqûre. »

Malgré cela, du 1er août au 12 décembre 1885, la dose injectée ne varia pas, suffisant toujours à voiler les souffrances et à donner parfois un certain degré d'euphorie. X..., malgré toutes les facilités qu'il en avait, ne voulut jamais augmenter le nombre des piqûres; il craignait l'accoutumance. — « Cela me coûtait parfois beaucoup, mais je ne voulais pas m'habituer. » — Effectivement l'accoutumance ne paraît pas s'être produite, et c'est peut-être une raison permettant d'expliquer le fait bien surprenant d'un arrêt brusque, d'une abstention complète sans aucun trouble, sans aucun phénomène.

Alors que la veille encore X... avait eu trois piqûres, le 12 décembre, jour de sa sortie de l'hôpital, le malade abandonne ainsi du jour au lendemain la morphine, malgré l'euphorie éprouvée, et peut reprendre ses occupations, sollicité par aucune appétence fonctionnelle, par aucune appétence vitale. Nous invoquions tantôt la non-accoutumance pour expliquer ceci, ne devrions-nous pas plutôt y voir l'influence d'une absence cer-

taine de tout antécédent névropathique chez le sujet et trouver là la raison même de la non-accoutumance ?

Durant une année entière, du 12 décembre 1885 au 15 décembre 1886, X... reprit son travail, ne songeant nullement à la morphine. Malheureusement, vers cette époque, quelques hématuries très douloureuses forcèrent le malade à rentrer de nouveau à l'hôpital. Il fut traité par des injections au nitrate d'argent et on employa de nouveau la morphine pour calmer les douleurs. Le malade, depuis sa rentrée à l'hôpital, n'avait même pas songé aux piqûres qui jadis l'avaient tant soulagé.

Pendant trois mois et demi, trois piqûres par jour suffirent pour produire l'accalmie des souffrances et provoquer de temps en temps une certaine euphorie. Bientôt cette euphorie ne fut ressentie que de plus en plus rarement et il fallut augmenter le nombre des piqûres. Dès lors, pour éprouver les mêmes effets qu'au début, vers la fin du troisième mois, X... dut recourir à une piqûre supplémentaire.

X..., depuis son premier traitement, ne se sentait plus le même, la morphine avait dû déjà affaiblir son système nerveux, il lui était resté un certain degré de nervosisme, ce qui viendrait corroborer l'assertion de tantôt, et dévoiler que l'accoutumance se produit plus rapidement chez les sujets nerveux.

Sorti guéri de l'hôpital où il était rentré le 18 mars 1887, le premier soin du malade fut de se procurer une seringue et de la morphine. Un pharmacien obligeant lui fournit l'une et l'autre, s'offrant même de lui entretenir sa provision. A dater de ce jour jusqu'à la fin de 1893, cet individu délivra ainsi durant sept ans, sans ordonnance aucune, autant de chlorhydrate de morphine que X... en demandait.

X..., après avoir subi durant ses quinze derniers jours d'hôpital quatre piqûres par jour, laissé à lui-même, réduisait le nombre à trois qu'il répartissait ainsi :

La première, en se levant, avant que de se rendre à son bureau ; la seconde au déjeuner, généralement après. Ces piqûres étaient faites afin de travailler plus convenablement et plus facilement. La troisième, le soir, le travail fini, de préférence avant le dîner. Cette dernière piqûre avait pour but un sommeil reposant, tranquille ; il se la faisait à ce moment, car il avait remarqué qu'après l'injection il se trouvait parfois, deux, trois et quatre heures sans pouvoir s'endormir.

« Je continuai les piqûres une fois sorti de l'hôpital pour pallier encore quelques petites douleurs passagères, puis bientôt

pour me stimuler un peu. Elles furent pour moi un palliatif calmant en même temps qu'un stimulant. Jamais je n'ai ressenti de l'excitation. » Outre cela la morphine semblait lui alléger sa tâche ; il se sentait plus intelligent, plus apte dans son état. X... était désormais pris dans l'engrenage sans espoir d'échapper.

Toutefois, vers la fin de 1884, s'étant aperçu qu'il maigrissait un peu, mais surtout effrayé par une conversation sur la morphine, le malade essaya de supprimer brusquement les piqûres. Il n'avait rien ressenti une première fois, il lui serait facile encore, pensa-t-il, de se tirer de ce vilain pas. Un jour, le 11 novembre au matin, il partit à son bureau sans se faire de piqûre ; il dut quitter quelques heures après son entrée, tant il se sentait lourd et « comme gelé » sans pouvoir parvenir à se réchauffer. Rentré chez lui, quelques minutes après la piqûre, tout était disparu, X... retourna à son bureau ; mais, à dater de ce jour, il n'osa plus tenter la suppression.

Dès lors, plus rien n'entrave la gradation, et le malade qui, au début de 1887, était à 3 piqûres par jour, arrive à la fin à 6 piqûres. En 1888, 12 piqûres par jour étaient insuffisantes ; en 1889, le nombre monta à 20 ; en 1891, il atteignit le chiffre de 30 et même 35. — En 1892, durant quatre mois, à la suite d'un abcès, X... tenta de nouveau la suppression, graduelle cette fois, de la morphine, mais ne put descendre au delà de 12 piqûres par jour. Puis, tout à coup, à la suite d'un rien, d'une contrariété et de quelques petits malaises éprouvés par suite de cette diminution, X... se piqua de nouveau de 20 à 30 fois par jour, si bien qu'en 1893 jusqu'au jour où il entra à l'hôpital, il atteignit le chiffre énorme de 40 et même 45 piqûres. Durant cinq ans, le malade suivit une progression croissante assez régulière ; mais, à la suite de quelque temps d'abstinence, la progression revint plus grande, plus impérieuse.

Voir ci-contre le tableau de cette gradation.

Au début de 1892, l'abstention de piqûres ne fut pas bien supportée ; nous étudierons plus loin les phénomènes alors accusés par le malade. Quel fut l'effet de cet essai de suppression ? A la suite nous pouvons constater que le malade a pu diminuer un peu le nombre de ses piqûres. Preuve évidente que, l'énergie continuant, le malade eût pu encore, de lui-même, se guérir de sa passion.

Nous pourrons tantôt, après avoir fait l'analyse physiologique et l'étude des effets de la piqûre, comparer les résultats de la

méthode de diminution lente, progressive, et ceux de la diminution brusque. Le malade lui-même optera pour l'une de ces méthodes. Suspendons quelque temps l'observation pour étudier les effets et résultats des piqûres. X... n'a rien omis de tout cela dans son récit, il se rappelle parfaitement et classe très bien ses impressions.

Nous avons précédemment entendu dire au malade que les

1885, du 1er août au 12 déc. . .	3 piqûres de 2 c^{m3} soit:	0g12 de morphine.
1886, du 12 déc. 1885 au 15 déc. 1886.	Abstinence complète. .	» »
1887 du 15 déc. 1886 au 18 mars 1887.	3 et bientôt 4 piqûres, soit	0g12 à 0g16
1887 du 18 mars à la fin. .	4 et bientôt 6 piqûres, soit	0g16 à 0g24
1888.	8 et bientôt 12 piqûres, soit	0g32 à 0g48
1889.	12 et bientôt 20 piqûres, soit	0g48 à 0g80
1890.	20 et bientôt 30 piqures, soit	0g80 à 1g20
1891.	30 et bientôt 35 piqûres, soit.	1g20 à 1g40
1892 les 4 premiers mois.	12 piqûres seulement. .	0g48
1892 et ensuite jusqu'à la fin de l'année. . . .	20 à 30 piqûres. . . .	0g80 à 1g20
1893.	30, 45 et 50 piqûres, soit.	1g20, 1g80 et 2g

piqûres avaient tout d'abord été continuées à cause de la douleur, puis bientôt afin de pouvoir travailler plus facilement. Le malade ne semble pas enthousiasmé par tous ces effets malheureusement tant prônés et exagérés de la morphine ; il no les a jamais beaucoup ressentis. — « Tout ce qu'on dit là-dessus, dit-il, c'est de la pure blague ! »

Trois ou quatre minutes après la piqûre, X... éprouvait une sensation assez vive de bien-être et de calme, mais aucune excitation ne se produisait. Cet état de « repos agréable » durait quelques heures au début, puis diminuait de plus en plus. A

peine sentait-il un peu de lassitude qu'il avait recours à une nouvelle injection. — « La piqûre me remontait, mais ne m'excitait pas. Néanmoins, en société, quand je venais de me piquer, je me sentais plus brillant, plus beau parleur, plus intelligent, à ce point que sachant devoir rencontrer quelqu'un je ne me faisais jamais faute d'une injection. »

Voilà tout ce que X... a trouvé de bienfaisant, d'agréable. Le chapitre n'en est pas long auprès de celui des sensations pénibles et désagréables, des accidents même, amenés petit à petit.

La vue, l'ouïe, l'odorat et le goût, la sensibilité générale n'ont jamais présenté de phénomènes. Durant ces dernières années, depuis trois ans surtout, le malade éprouvait parfois de fortes démangeaisons, sortes de fourmillements qui s'irradiaient durant quelques minutes surtout aux jambes, aux mollets, très rarement aux bras : — « Tandis que le gras du mollet était comme une fourmilière, le devant me semblait en bois. Je pouvais m'y pincer, je ne sentais rien. Tantôt cette sensation n'était éprouvée que d'un seul côté, tantôt c'était des deux à la fois. » — Un médecin auquel il avait confié ces sensations, mais sans lui accuser sa passion pour la morphine, les attribua à de la faiblesse. Cependant X... ne se trouva jamais affaibli. Loin de diminuer ses forces, la morphine semblait les lui augmenter. Jamais il n'éprouva le moindre tremblement.

Le sommeil a toujours été très bon, très calme. Avant que de se coucher, X... s'injectionnait une seringue de Pravaz ; il restait dans son lit, dispos, calme, sans aucune envie de dormir durant une heure à peu près, parfois davantage, puis s'endormait naturellement. Jamais il n'eut, durant son sommeil, ni hallucinations, ni rêves d'aucune sorte. Il devait se lever à cause de sa cystite plusieurs fois par nuit, aussitôt couché il se rendormait immédiatement.

La circulation ne fut guère atteinte. Le malade n'a jamais éprouvé d'évanouissements, il ne se rappelle pas avoir jamais eu de la fièvre. Durant les derniers mois cependant, quelques oppressions saisirent le malade : ou bien c'était une sensation bizarre de vide s'opérant en lui qui le forçait à s'asseoir ; la crise se terminait ordinairement par un peu de hoquet et une sensation intense de faim, ou bien c'était comme une syncope, mais sans perte de connaissance. L'appétit s'étant toujours bien maintenu, X..., sauf dans cette dernière année, ne remarqua aucun amaigrissement. A ce moment, sans avoir été précé-

dées par les nausées et les vomissements, de violentes crampes d'estomac firent souffrir le malade.

X... ne fut jamais buveur, il ne prenait jamais d'alcool et ne buvait qu'aux repas.

Les trois premières années, bien qu'ayant toujours trop chaud, X... transpirait très peu. Depuis 1890 au contraire, la nuit principalement, il éprouvait des sueurs tellement abondantes que le matin il se trouvait baigné. Toutes les fois que, pour une raison ou une autre, il se trouvait un peu longtemps sans piqûre, il éprouvait une sensation très vive de froid qui ne disparaissait que par la morphine. « La piqûre me réchauffait mieux que n'importe quel feu et me remontait. »

Malgré ses sueurs profuses, sans doute à cause de sa cystite dont il a toujours conservé quelques traces, X... urinait environ 2 litres à 2 litres 1/2 par vingt-quatre heures. Plusieurs analyses de ces urines, faites à diverses époques, n'ont jamais rien dévoilé d'anormal. Sans doute encore à cause de la cystite, la miction était douloureuse.

Quelque temps après la première piqûre, dès son premier séjour à l'hôpital, X... a maigri beaucoup. Il pesait alors 150 livres, actuellement il n'en pèse que 90. Il fut un moment où il était devenu, à son dire, d'une maigreur effrayante. C'était en 1891.

A cette époque, X... eut un abcès à la suite d'une piqûre. — « Ce ne fut pas, dit-il, par manque d'antiseptique. » — Chaque fois il avait soin, autant que cela se pouvait, de plonger sa seringue dans de l'eau phéniquée au 1/20e. Il portait sur lui un petit flacon contenant de cette solution et y trempait l'aiguille avant chaque piqûre. Malgré ces soins, en 1892, se produisirent deux nouveaux abcès et un autre en 1893. Ces abcès apparurent au niveau des piqûres, et on en voit encore les traces : un se trouve sur la face interne de la cuisse gauche; les autres sur la face externe des cuisses, un à droite, les deux autres à gauche.

Le dernier abcès fut très grand; il nécessita l'entrée du malade à l'hôpital M... où il y fut ouvert. Ce fut cet accident qui révéla au docteur la passion de X...

A part ces abcès, aucune éruption, aucune ecchymose. Néanmoins, au niveau de la malléole externe du pied droit, le malade présente une tache lie de vin avec quelques traces de desquamation. Cette tache est apparue subitement l'an passé, quelque temps avant le dernier abcès. X... n'a jamais eu ni furoncle, ni anthrax. Il a perdu quelques dents, quelques-unes sont cariées.

Du côté de la génération, quelques phénomènes se sont produits. Tant soit peu galant avant sa cystite, celle-ci l'avait forcé à la sagesse durant quelque temps ; mais sans abuser, il usait. L'injection ne provoquait chez lui aucune envie génésique, aucune érection ; toutefois, alors qu'il espérait une bonne fortune et cela durant les trois premières années, il ne manquait pas de se faire une piqûre pour se montrer « à hauteur de ses fonctions ». Cette injection procurait un spasme beaucoup plus voluptueux qu'autrefois, alors qu'il ne se morphinisait point. L'injection n'avait que ce but. Aussitôt après, afin de se remonter, il fallait à X... une nouvelle piqûre. Celle-ci n'amenait aucun nouveau désir ; elle n'était faite que dans le but de se reposer. Les instincts et pouvoirs génésiques n'ont subsisté que durant les trois premières années ; depuis 1890, ils sont totalement abolis.

Voici maintenant comme X... fut obligé d'avouer qu'il usait de la morphine. Nous verrons en même temps les phénomènes qui se sont produits durant le traitement qu'il subit.

Le 27 décembre 1893, étant entré à l'hôpital pour l'abcès dont nous avons parlé plus haut, X... fut obligé, par manque de provision, d'avouer au docteur S... qui le soignait, qu'il se piquait à la morphine depuis sept ans. M. le docteur S... essaya de le guérir par la méthode brusque. Il lui promit quelques piqûres par jour, sans vouloir lui accorder le gramme de morphine qu'il avait coutume de s'injecter journellement. Pendant trente-six heures, X... n'eut aucune piqûre. Laissons la parole au malade pour décrire ces deux jours et cette nuit de privation. « Durant ce temps, il me semblait que j'allais mourir d'un moment à l'autre, j'étais toujours comme sur le point de tomber en syncope. Je bâillais constamment sans pouvoir m'en empêcher. Je pleurais, tant mon angoisse était grande. Je n'avais pas perdu l'intelligence, la raison ; cela augmentait ma souffrance, car je pensais qu'un peu de morphine m'aurait remis complètement, et on me la refusait. Je ne pouvais garder le lit tant mon agitation était grande ; je jetais mes bras et mes jambes de tous côtés. Le deuxième jour, sans doute à cause de la très mauvaise nuit que je venais de passer, je fus pris d'un violent mal de tête ; j'étais comme anéanti, plutôt qu'abruti. Je n'avais mal nulle part, mais j'avais perdu toutes mes forces. De temps en temps des crampes très douloureuses me passaient dans tout le corps. J'avais aussi de violents maux d'estomac, de fortes coliques, de fréquents vomissements. J'eus deux ou

trois selles diarrhéiques très abondantes dans cette matinée du deuxième jour. »

Il résulte de l'interrogation du malade qu'il n'a eu ni convulsions hystériformes, ni attaques épileptiformes. Le collapsus morphinique n'a pas existé à vrai dire. Ceci se passait les 2 et 3 janvier 1894. Le 4, à la visite, X... supplia le docteur de lui faire une piqûre ; on voulut temporiser encore et il fut résolu que si l'état s'aggravait, si la crise continuait, on essaierait une piqûre.

A quatre heures de l'après-midi, le transfert à Sainte-Anne ayant été obtenu, et le malade se trouvant presque dans le collapsus, on fit une piqûre et on injecta à la suite trois seringues d'une solution au 1/50e, soit 12 centigrammes de morphine. Le malade, qui se trouvait « comme glacé », se remit assez bien pour pouvoir être aussitôt transporté en voiture à Sainte-Anne où il arriva au moment du dîner. Il dîna de bon appétit et passa une excellente nuit. Vers le matin, réveillé par un bruit quelconque dans la salle, il sentit un frisson et il ne put arriver à se réchauffer. En même temps, il ressentit une grande faiblesse envahissant ses jambes et empêchant de marcher. On le porta près du foyer, rien n'y fit. A la visite, M. le Dr Magnan ordonna de coucher le malade dans un lit chauffé avec des bouillottes aux pieds ; on lui fit une piqûre qui sans rétablir le malade, le soulagea considérablement.

A partir de cette date, le nombre des piqûres fut réduit à deux seulement par jour, une le matin, une le soir ; 10 pilules de 0 gr. 20 d'extrait gommeux d'opium furent données durant la première journée, pour calmer le malade. Alors commença la diminution graduelle et parallèle des piqûres et de l'opium. Au bout du troisième jour, la piqûre du soir fut supprimée ; le cinquième, au matin, on ne fit point de piqûre ; le malade ne présenta pas trop d'agitation et on supprima la morphine, ne laissant plus que les pilules d'opium. Au bout de huit jours, le 16 avril 1894, X... fut jugé transférable et fut conduit à Ville-Evrard. Il ne prenait plus que 0 gr. 60 d'extrait gommeux d'opium. Le traitement avait duré huit jours. — « Ce furent huit jours terribles, dit X..., j'étais comme fou, tant l'excitation était grande ; je ne pouvais rester un moment en repos dans mon lit, essayant, mais inutilement de me lever : j'avais les jambes si faibles que je ne pouvais me tenir debout, je bâillais sans cesse ; mais ce qui me secouait le plus, c'était d'éternuer à chaque instant cinq, six et sept fois de suite,

cela si fort que j'en ai saigné du nez plusieurs fois. Je ne pouvais guère manger, sauf vers le septième jour où je me mis à dévorer; tout ce que je prenais me semblait aussi un peu amer, mais jamais je n'ai eu ni nausées, ni vomissements. J'ai bien pensé que je ne me serais jamais relevé d'une pareille faiblesse.

Tous ces divers phénomènes s'amendèrent vite; ils n'existaient plus guère le 26 avril, lorsque X... arriva à Ville-Evrard.

Dès le lendemain, X..., qui se trouvait lui-même beaucoup mieux, demanda à continuer quelque temps encore l'opium; mais M. le Dr Marandon de Montyel le lui refusa, lui ordonnant une nourriture très fortifiante, du café au rhum, du quinquina. A ce régime les forces revinrent bientôt, les vagues sensations passagères de lourdeur et de défaillance disparurent, la puissance génitale elle-même réapparut, si bien qu'au bout de vingt jours environ, X... put prendre le régime commun et fut employé dans un bureau.

Depuis, rien de particulier ne s'est produit : les appétences vitales et fonctionnelles ne se sont pas fait sentir. X... est guéri de la morphine. — « Plus jamais, dit-il, je ne retournerai à ce poison. Je voyais bien où j'allais, mais je ne pouvais plus me retirer. Je suis heureux d'être quitte malgré tout ce que j'ai souffert pour cela. »

Puisse cette résolution se maintenir!

Au moment de sa sortie de Ville-Evrard, X... nous a fait la confidence qu'il ne s'était mis infirmier qu'afin de se procurer de la morphine; il lui était arrivé parfois de prendre pour lui des injections destinées à des malades et qu'il remplaçait par de l'eau.

Et maintenant passons en revue les divers détails particuliers de l'observation.

Un fait surprenant frappe dès le début. Ce malade qui avant la première piqûre n'était atteint d'aucun nervosisme, fut très long à acquérir l'appétence. Au bout d'un an il put brusquement cesser la morphine sans éprouver aucun phénomène autre qu'un certain degré de nervosisme successif à la suppression et causé par elle. Ainsi muni, j'ose dire, d'une condition qui

semble indispensable, du moins nécessaire, le malade à peine retombe-t-il dans la morphine, que l'appétence apparaît avec accoutumance rapide et besoins impérieux d'augmenter sans cesse. L'euphorie aussi a suivi la même gradation, n'apparaissant que peu à peu parallèlement avec l'apparition du nervosisme. L'observation de ce malade est donc très curieuse à ce point de vue, qu'elle tend bien à montrer que n'est pas morphinomane qui veut, et que, tant pour l'euphorie que pour l'appétence vitale, un certain état névropathique, qu'il soit ou héréditaire ou acquis, est de toute nécessité. La morphine peut certainement procurer l'état nerveux requis, cela plus ou moins vite suivant les antécédents héréditaires ou acquis du sujet.

Bien rares aussi sont les cas de morphinomanes voulant d'eux-mêmes résister à la pente fatale où les entraîne le besoin de morphine. Notre malade, à deux reprises différentes assez éloignées, a tenté de supprimer les piqûres. Chaque fois, ses tentatives furent infructueuses ; bien plus, un plus impérieux besoin en fut le résultat, et chaque fois, à leur suite, les doses augmentèrent rapidement. Comment résister à un besoin aussi pressant? Comment oser affronter les souffrances, seul, sachant que 2 centimètres cubes là tout près peuvent vous guérir presque intantanément ? Il devrait exister un hôpital spécial pour le traitement de ces malades qui, abandonnés à eux-mêmes, sont incapables de se guérir. La littérature médicale n'offre qu'un seul cas bien authentique de guérison réalisée par le malade lui-même. L'observation est relatée dans le Mémoire de M. le Dr Marandon de Montyel, paru dans les *Annales* en 1885 (numéro de janvier).

Durant cinq ans nous ne voyons aucun phénomène spécial. Une période d'immunité de cinq ans n'est pas chose commune, mais c'est surtout la lenteur de la pro-

gression des doses qui est surprenante. Durant près de sept ans, la même solution fut employée, et il est facile de calculer qu'au bout de ce temps la dose n'excédait pas 2 grammes de morphine par jour. Ceci vient encore à l'appui de la nécessité d'une prédisposition neurasthénique, car le malade n'avait que celle que la morphine elle-même lui procurait, conférant d'une part l'immunité et ne donnant qu'un faible besoin d'augmentation des doses. .

Combien est donc dangereuse la médicatiou morphinée prolongée, surtout chez des névropathes ! Avec quelle prudence et quelle discrétion on doit ordonner cette thérapeutique qui a fait taut de victimes ! Ne fût-ce même que l'état neurasthénique que la morphine peut provoquer, le médeciu devrait veiller et à la dose et à la durée. Il est, en effet, à noter que X..., guéri, est resté névropathe, qu'il a fait ainsi l'acquisition d'nue tare dout il était complètement exempt avant la fâcheuse idée de le traiter par la morphine.

Enfin, pour terminer, n'est-il pas étrange cet envoi de morphinomane daus nn asile d'aliénés, pour des phénomènes d'abstinence considérés comme maladie mentale ! Combien X..., qui est nn homme intelligent, a dû souffrir du milieu !

Médecine légale

LA

MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

EN ITALIE

Par le Dr Paul MOREAU (de Tours)

SOMMAIRE. — I. Sur l'état mental de G. S..., accusé d'homicide et de blessures sur douze personnes. Expertise médico-légale, par le Dr Santangelo Spoto (*Il Pisani Gazzetta sicula di scienze mediche e psicologiche*, mai et août, septembre-décembre 1893). — II. Deux parricides, par le Dr Lombroso (*Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale*, vol. XIV, fasc. I et II Turin 1893). — III. La criminalité chez la femme à l'étranger, par le Dr Roncoroni (*Ibid.*, fasc. IV et V). — IV. Pellagreux infanticide (*Ibid.*, fasc. IV et V). — Épileptique assassin, par le Dr Luigi (*Ibid.*, fasc. IV et V). — VI. Fou moral libidineux, par le Dr Eugenio Florian (*Ibid.*, vol. XIV, fasc. VI). — VII. A propos d'un homicide prémédité (paranoia querulens), par le Dr V. Codeluppi, Florence, 1894. — VIII. Rapport sur l'état mental de Ferd. Mer..., accusé de tentative d'homicide, par le Dr Giovanni Nocra, médecin du manicome de Palerme (*Il Pisani Gazzetta sicula di scienze mediche e psicologiche*, janvier-avril 1894).

I. — Le 18 août 1892, les habitants de Miletello furent témoins d'attentats qui se succédèrent avec la rapidité de l'éclair.

Vers cinq heures du soir, Salvator Guzzone attachait sa mule devant la porte de sa maison. Sa sœur Lucie lui adressa une question simple, et lui, laissant tomber à terre ce qu'il avait à la main, se mettant dans l'angle opposé à l'habitation de sa sœur, s'écria : « Oh!

comme elle est belle! Il n'y a ici ni char, ni mules. Où sont-ils? » Puis il s'élança dans la rue Corderia qu'il parcourut jusqu'au bout. Sur sa route il rencontre un individu de son village, le saisit par le bras et lui demande : « Père Croce, qui suis-je? où suis-je? donne-moi aide! » Sa sœur Lucie le suivait à quelques pas; il se retourne contre elle, la frappe à coups de poings et lui plonge son couteau dans la poitrine. La malheureuse se sauve, et Guzzone, rendu furieux, s'avance contre Croce, le frappe et le blesse. Sa mère arrive et cherche à le calmer. Il se retourne contre elle, la jette par terre; il agit de même avec sa sœur, M^me^ Stella, qui, toute tremblante, était accourue au secours de sa mère.

Aux cris des malheureuses, d'autres personnes accourent et cherchent à les délivrer des mains de ce forcené et les font rentrer dans la maison de Lucie. Guzzone, rendu encore plus furieux, rentre chez sa sœur par une porte opposée et recommence à frapper avec rage sa mère et sa sœur. Sur ces entrefaites arrive, en compagnie d'autres personnes, A. Gulinello, parent de Guzzone, qui lui dit : « Cousin, donne-moi aide; dis à ta mère que je lui baise les mains. » Il l'emmène avec lui et, au moment où il ouvrait la porte, Guzzone, le laissant là, s'enfuit à toutes jambes par les rues Corderia Vecchia et Corderia Nuova.

De là il se rendit chez sa maîtresse où il se mit de nouveau à s'agiter, à crier et à demander à tous ceux qu'il rencontrait ce qu'il avait eu. Entré dans la cour Sainte-Agathe, il va à la maison de sa tante et lui demande : « Où sont vos c... de fils? » Il embrasse les mains de son oncle et enfile la porte opposée qui donne sur le commencement de la rue Quattro Cantone. Là il rencontre de nouveau sa mère; il se précipite sur elle et la jette encore à terre. Près de là demeurait un certain P. Messiria qui, pris de pitié, était accouru au secours

de la malheureuse femme ; brusquement, Guzzone lui arracha des mains une pelle de fer qu'il tenait, lui en porta un coup à la poitrine et, comme si cela ne suffisait pas, lança une pierre qui blessa le jeune Sangiorgio qui était couché sous la porte di Reina.

De nombreuses personnes accoururent, criant : « Au fou ! au fou ! » G..., rendu encore plus furieux, lança des pierres qui mirent le désordre dans les rangs des poursuivants et qui se sauvèrent dans toutes les directions. Mais, là encore, on eut à déplorer des blessures et des contusions plus ou moins graves, dont l'une même entraîna la mort.

A la place Victor-Emmanuel, nouvel attentat. Un S. Gulinello fut frappé au visage. Encore inassouvi, Guzzone court à la demeure du délégué, l'insulte et le menace, puis, après, se rend chez le notaire Cirmeni, non sans avoir, sur sa route, distribué des coups de poing et lancé des pierres. Enfin, arrivé à la caserne des carabiniers, il leur crie : « Arrêtez-moi, arrêtez-moi ! dites-moi ce que j'ai fait ? »

En passant par la rue San Benedetto, il entre dans une maison, injurie la famille Rivela, insulte le moine de S. Agata et essaie de le dépouiller. Sorti de la maison, il parcourt les mêmes rues : revenu à la demeure de sa maîtresse, il va et vient dans la rue, passe par trois fois près de son habitation à la porte de laquelle se trouvaient plusieurs personnes qui, pour éviter de nouveaux malheurs, essayèrent d'enfermer Guzzone dont la fureur n'était pas calmée et menaçait de les tuer tous. Avec une force surhumaine, il s'échappa de leurs mains, et, rencontrant son cousin, G. T. Sebastiano, le frappa d'un coup de couteau au cou et blessa également au bras droit le jeune G. Castaucci, qui, avec un louable empressement, était accouru au secours de son maître. Enfin la force publique intervint et, là encore, on eut de

nouveaux malheurs à déplorer. Enfin, à dix heures du soir, Guzzone fut arrêté.

De l'examen médico-légal auquel fut soumis l'inculpé, il résulte que Guzzone est atteint d'épilepsie depuis dix ans, que cette maladie se présenta sous la forme motrice, psychomotrice et psychique, qu'à l'époque où Guzzone commit ses attentats, il était en proie à un accès d'épilepsie psychique, que cette forme lui enlève toute liberté de conscience, et que les actes qu'il commet le sont sous l'empire d'idées délirantes, que, dans cet état, le malade n'a aucune idée, ou tout au moins une idée absolument vague de ce qu'il fait. Enfin, dans le cas actuel l'inculpé doit être considéré comme irresponsable. Conclusions qui furent admises par le tribunal.

II. — Le 27 octobre 1891, vers les sept heures du soir, F... Antonio rentrant chez lui, près Volpiano, fut assailli par ses deux fils G. Battista, âgé de vingt-six ans, et Paolo, âgé de dix-sept ans, tous les deux revenant d'Algérie, et, pendant que Paolo portait les coups, Battista le maintenait et lui demandait de lui donner de l'argent. Après l'avoir frappé, ils prièrent leur père de ne rien dire, ou bien de raconter qu'il avait été frappé par des assassins, l'assurant qu'avec un peu de vinaigre il serait bientôt guéri. Mais en allant avec son fils Battista se faire panser au village voisin, il les dénonça et les fit arrêter. L'un d'eux dit alors : « Va, papa, tu t'en repentiras. »

Paolo fut arrêté peu de temps après à Valparaiso pendant qu'il mangeait et fut trouvé porteur du revolver qui lui avait servi, l'autre arme avec laquelle il avait porté les coups, fut retrouvé sur le lieu même du crime. Les blessures de la victime furent guéries en quinze jours ; elles siégeaient aux épaules, à l'avant-bras et à la paume des mains. La maîtresse du père, qui se trouvait avec lui, fut blessée à la joue gauche, et

comme elle reprochait aux fils leur indigne action, ils répondirent que « c'était la misère qui les poussait à demander de l'argent ».

A peine entrés dans la maison de leur père, ils tirèrent deux coups de fusil et voulurent tuer un veau pour préparer à manger, et cela pendant son absence et avant le crime.

Interrogé, Paolo dit « qu'il avait frappé son père parce qu'il l'avait vu mettre les mains dans ses poches, et le croyant armé, que du reste il n'avait pas l'intention de le tuer, mais seulement de l'attacher et de lui prendre son argent ».

D'après l'interrogatoire du père, il résulte que ses deux fils ont toujours été adonnés au vice et qu'ils n'ont jamais voulu apprendre un métier. Ils habitaient avec leur mère, et quand elle s'absentait, ils emportaient toute espèce de choses. Quelques médecins d'Algérie attestent que Paolo fut atteint de troubles cérébraux en 1889, à la suite d'une fièvre typhoïde. Un patron de Battista assure que, dans l'année 1891, celui-ci se montrait troublé, préoccupé et travaillait sans la moindre attention. Le même Battista écrivait de sa prison à son père de lui porter du tabac, ajoutant que s'il ne venait pas il aurait à s'en repentir. Il lui écrivait encore peu après l'attentat qu'il avait fait vœu de punir un père qui laisse ses fils dans la misère pour vivre avec une maîtresse.

D'après les diverses dépositions du père, il résulte que Battista commença à tenir une conduite répréhensible à partir de l'âge de dix-sept ans, après une fièvre typhoïde, ne voulant plus aller à l'école, et ne pensant qu'à avoir de l'argent, en prenant à sa famille. D'après d'autres témoignages, il aurait poursuivi sa mère un couteau à la main, un jour qu'elle lui faisait des reproches. Il fut très précoce sous le rapport sexuel et était

d'un tempérament coléreux, véritablement maladif: c'est ainsi que dans un de ces accès, il jeta son frère hors d'une voiture où ils se trouvaient ensemble. Paolo était très léger, et au collège il était comblé de punitions qui, du reste, le laissaient indifférent. Ses cahiers ne sont remplis que de notes copiées dans des livres et du genre lyrique et érotique. De l'examen complet auquel furent soumis les deux frères, M. C. Lombroso déclare que dans l'ensemble, les deux frères sont prédisposés par une hérédité morbide et une éducation pitoyable. De bonne heure, en effet, ces enfants furent adonnés au vice et aux femmes. De plus, le père et la mère, également adonnés au vice, sont encore atteints de maladies nerveuses. Les deux frères ont une obtusion complète du sens moral, une véritable haine pour leur père, fomentée peut-être par leur mère. Battista est sujet à des attaques de semi-épilepsie, et s'il n'est épileptique, il en a certainement le caractère moral. Dans ces conditions, il ne semble pas difficile d'admettre que la suggestion de sa mère, alors qu'il se trouva sans ressources, n'ait agi sur une organisation aussi défectueuse et ne l'ait poussé à venir en Italie pour s'emparer de l'argent de son père; il est également admissible que, suggestionné contre lui, il l'ait vu mettre la main à la poche et qu'il ait cru qu'il voulait le frapper et que lui, à son tour, l'ait frappé autant pour se défendre que par haine. Battista a agi sous l'empire d'un état morbide et doit bénéficier d'une demi-responsabilité. Quant à son frère Paolo, les formes morbides ne sont pas non plus très nettes; il semble être un simple criminel né, pour qui la responsabilité ne doit être diminuée en aucune façon. Cependant on peut admettre que, vu son état de violente passion causée par la misère, la suggestion de la mère, les mauvais traitements du père, soient une très légère atténuation de la responsabilité.

III. — Dans un précédent travail, M. Roncoroni a étudié la criminalité chez la femme en Italie. Aujourd'hui il continue cette étude dans les pays étrangers. Les conclusions sont les suivantes : les délits chez la femme sont de 4 à 27 fois moins fréquents que chez l'homme (5 en moyenne). Les crimes graves sont aussi moins fréquents chez elle. Pour les assassinats, le délit est en moyenne 22 fois moindre dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. Dans quelques pays (Angleterre, Australie), la criminalité chez la femme semble se rapprocher de la criminalité chez l'homme. Mais ceci est dû à l'influence des légères infractions aux lois, car pour les cas graves, la criminalité chez la femme est de beaucoup inférieure à celle de l'homme. Les plus fortes proportions des délits chez la femme, opposés à ceux de l'homme, s'observent dans l'âge avancé, puis dans le jeune âge, enfin dans l'âge adulte. Le développement de la civilisation et de l'instruction influe plus favorablement dans le sexe masculin que dans le sexe féminin. Le mariage sauvegarde moins la femme que l'homme du délit. Les crimes les plus fréquents chez la femme sont les avortements et les infanticides, les empoisonnements, le recel, les incendies.

Moins fréquents sont les homicides, les vols à main armée, les escroqueries et, au moins dans la majeure partie des pays, les délits contre l'ordre public. Ces conclusions concordent parfaitement avec ce qui a été observé chez la criminalité de la femme en Italie.

IV. — Dans la nuit du 5 au 6 septembre 1891, à Rocca, faisant partie de la commune d'Arsié, la femme du paysan G. Brustolici fut prise des douleurs de l'enfantement. Le mari manda pour l'assister deux femmes du voisinage ; comme l'accouchement ne se faisait pas (c'était une présentation de l'épaule gauche avec procidence de la main), les deux femmes, voyant qu'il s'agissait d'un accouchement difficile, conseillèrent au mari

de demander une sage-femme ou un médecin. Brustolici entra en fureur, repoussa les deux femmes en les injuriant et se vantant d'avoir déjà délivré des vaches, des chèvres, des brebis, se mit à tirer avec force sur la main du fœtus, à tel point que les femmes, effrayées, s'enfuirent. Il est à noter que les mouvements du fœtus avaient été sentis par la femme jusqu'au moment du plus grand travail. Ne réussissant pas, malgré sa prétendue habileté, le mari se décida à réclamer les lumières d'un homme de l'art, qui mit au jour un enfant mort. L'expertise judiciaire démontra que l'enfant était vivant dans le sein de sa mère, se trouvait viable et avait été tué par les manœuvres inconsidérées du père, qui fut inculpé d'homicide sans préméditation.

Au cours du procès, des doutes s'élevèrent sur l'intégrité des facultés mentales de l'accusé, qui fut envoyé dans un manicome pour être soumis à un exameu médical, qui révéla les faits suivants :

Le père de B... est mort de folie pellagreuse à l'âge de cinquante à cinquante-cinq ans, alors que l'inculpé n'avait que dix ans. Rien du côté de la mère, des frères et des sœurs. Seule une cousine du côté paternel est demi-imbécile.

B..., marié à trente ans, eut dix fils dont sept moururent jeunes ; les autres sont vivants et normaux.

A vingt ans, il eut la fièvre typhoïde. Etant soldat, il fut atteint d'une maladie qu'il ne peut définir, mais grave et caractérisée par des frissons et des vertiges.

Il y a douze aus, il commença à souffrir de la pellagre (érythème printanier, diarrhée, sensation de chaleur au ventre, vertiges, faiblesse musculaire, insomnie). La maladie suivit son cours accoutumé, se calmant l'hiver, augmentant au printemps.

Puis parurent les symptômes psychiques qui, en 1885, prirent une telle intensité qu'on dut le faire renfermer

dans un manicome. A peine sorti de l'asile, il y fut bientôt renvoyé et y resta jusqu'à la moitié de l'année 1886, époque à laquelle il fut réclamé par sa famille. Il ne dut jamais être complètement guéri, car ses compatriotes le regardaient comme un déséquilibré, à l'esprit concentré, sombre, d'humeur inconstante et très agité. Il est certain qu'en 1891 reparurent les symptômes de la pellagre, qui, suivant la règle, s'atténuèrent à l'automne. Dans les antécédents judiciaires on ne relève qu'une condamnation à deux jours de prison pour coupe de bois défendue.

L'alimentation fut toujours pauvre, et comme pour tous les paysans consistait en maïs avarié, d'où la pellagre. Pas d'abus alcooliques ou vénériens.

Cependant, quand il lui arrivait, mais très rarement, de s'enivrer, il devenait méchant. Au physique il était très impressionnable aux changements atmosphériques et avait une faible résistance pour un travail prolongé.

Durant le premier mois de son séjour au manicome, il ne donna aucun signe d'aliénation mentale, mais après il manifesta de nombreux symptômes. C'est ainsi qu'après l'examen craniométrique auquel il fut soumis, il fut atteint de délire qui se traduisait par la crainte qu'il avait qu'on voulût lui couper la tête, et pendant plusieurs jours il interpréta hostilement les actes des assistants. Puis arrive la mélancolie avec délire : tendance au suicide, lamentations ou mutisme, insomnie, agitation continuelle, délire religieux, persuasion d'être l'homme le plus malheureux et le plus méchant de la terre, de mériter des grands châtiments, etc., etc... Depuis un mois, l'amélioration commence à se faire sentir, mais il reste toujours un certain fonds de mélancolie. B... fut déclaré irresponsable de l'acte qui lui était incriminé.

V. — Vieceli Giuseppe, trente-cinq ans, paysan,

célibataire et ancien soldat, de Fouzaso, naquit d'un père connu pour son avarice, bigot et un peu grossier, et d'une mère névropathe avec des accès de manie hystérique. Aucune autre hérédité dans la famille digne d'être notée, ses deux frères sont normaux.

A vingt-six ans, il fut blessé grièvement à la tête d'un coup de pierre. La blessure fut alors jugée devant guérir dans les huit jours, mais, pour être plus vrai, ce temps fut dépassé. Le fait est que, environ trois mois après ce traumatisme, Vieceli donna tout à coup des signes de folie, devenant tellement furieux et dangereux qu'on dut l'interner à l'hôpital de Feltre. Il y resta jusqu'au 30 août 1883, époque à laquelle il fut envoyé au manicome de Venise, où il montra un caractère excitable, facile à l'emportement, hallucinations principalement auditives avec délire de persécution et tendances impulsives. Ces symptômes se manifestaient spécialement à la suite d'accès d'épilepsie, d'abord fréquents, puis rares. Après quatre années il fut repris par sa famille, son état s'étant amélioré. A Fonzaso, il vivait isolé, taciturne, plus porté à l'oisiveté qu'au travail, mais tranquille, tenant parfois des discours incohérents et bizarres. Il paraît certain qu'il n'a plus eu d'accès convulsifs.

Le 26 juin dernier, il vagabonda toute la journée sans but, il montrait à quelques personnes des objets qu'il voyait à terre : c'étaient des hallucinations; puis il entra chez un marchand, montrant, sans dire un mot, qu'il voulait passer derrière le comptoir et, comme on l'en empêchait, il brandit une pioche, faisant mine de frapper, puis s'enfuit dans le pays. Vers la nuit, il entra dans la cour d'une de ses cousines et, y rencontrant la fille de celle-ci, lui donna un soufflet. Sur le seuil de la cuisine, il agit de même avec une autre, et apercevant sa cousine qui était en train de faire la polenta, et voyant une serpe sur la table, sans proférer un mot,

frappa la femme à la tête, au cou, à la poitrine et à la main droite. Il est à noter qu'il n'avait contre sa cousine aucun sujet de rancune. Désarmé par deux hommes présents à l'attentat, il sembla se calmer et reprit sa course dans le pays. Il rencontra sur son chemin un enfant, le saisit par le cou en le faisant crier, le jeta par terre, et reprit sa course, toujours sans parler. Enfin, il fut rencontré par les gendarmes et arrêté. Au poste, il demeura quelques instants muet, puis commença à délirer, criant, se démenant, menaçant de tuer tout le monde, au point qu'il fallut trois hommes pour le maintenir.

Un procès en homicide volontaire lui fut intenté; mais, le 27 juin, il fut envoyé au manicome de Feltre pour être soumis à l'observation médicale, De cet examen il ressortit que, dans la journée du 26 juin, Vieceli se trouvait dans de ces états crépusculaires (*crepuscolari*) fréquentes chez les épileptiques, et qu'il était absolument irresponsable de l'acte qui lui était incriminé, mais que, pour la sécurité publique, il devait être maintenu dans un manicome. Ces conclusions furent acceptées par le tribunal.

VI. — Antonio Faveretto Giuseppe, paysan âgé de soixante ans, de Ponte de Piave, qui comparut au mois d'août dernier devant la cour d'assises de Venise, est un crétin luxurieux type, véritable délinquant né.

De haute taille, maigre, osseux, droit, brachycéphale, et en même temps microcéphale, front fuyant, arcades zygomatiques légèrement saillantes, yeux extrêmement petits et mobiles, très rapprochés, profondément enchâssés et enfouis sous une saillie extraordinaire des arcades sourcilières, prognathisme peu accentué, distance considérable entre le nez et la lèvre supérieure, repliée du côté gauche de la bouche, ce qui lui donne un aspect dur et antipathique.

Faveretto se maria à trente ans, et montra toujours une propension extraordinaire aux embrassements. Il eut neuf enfants. Aucun renseignement sur son passé.

Ses filles, au nombre de quatre, sont actuellement : Elisa, vingt-sept ans; Léonilde, vingt-six ans; Mélanie, dix-sept ans; Virginie, seize ans. Ses malheureux instincts se manifestèrent quand Elisa et Léonilde touchaient à peine dix à douze ans. Avant cette époque, il était honnête, laborieux, traitait bien sa femme. Ces qualités, il faut le dire, il les conserva dans la suite.

En 1884, les enfants devenues jeunes filles, une concupiscence effrénée s'empara de lui et le poussa à désirer leur possession.

A toute occasion propice il levait les jupes des enfants, leur palpait les parties génitales, et Elisa et Mélanie déposèrent même que leur père leur montra son membre et se faisait masturber par elles. Plus d'une fois il lui arriva de se cacher sous leur lit et, pendant leur sommeil, introduisait la main sous les convertures pour se livrer à des attouchements, il semble qu'il y a eu tentatives de rapprochement. Il est certain, en tout cas, que, pour obtenir l'union avec Mélanie et Elisa, il dépravait leur âme par des discours et des propos obscènes. Vis-à-vis de Virginie, il se serait borné à de simples exhibitions.

Mais ce n'est pas tout; pour bien dépeindre le caractère de ce fou moral, de ce monstre de luxure, il faut rappeler comment il se comportait quand ses enfants, un an après, conscientes des infamies que leur imposait leur père, racontèrent tout à leur mère.

Naturellement la bonne femme tança son mari ; mais peu de temps après, il recommençait ses obscènes tentatives. Alors les filles s'enfermèrent à clef dans leur chambre, et se munirent d'un bâton à l'aide duquel elles durent réfréner les ardeurs de leur père et sauvegarder leur virginité. Pour pénétrer dans la chambre de

ses filles, il en était arrivé à enlever les lames du plafond de leur chambre pour arriver jusqu'à elles.

Aux eufants il donnait quelques sous, si elles se prêtaient à ses caprices et si elles se taisaient ; à sa femme, qui le blâmait, il adressait des menaces de mort. Sur ces entrefaites, Elisa et Léonilde furent demandées en mariage. Naturellement il s'y opposa, mais il fut passé outre. Mais bientôt, Mélanie et Virginie, devenues plus grandes, remplaçèrent leurs sœurs mariées, et les tentatives obscènes recommencèrent.

Une fois, se trouvant en voiture avec Mélanie, il lui offrit cinq francs pour qu'elle se livrât à lui, ajontant qu'elle se serait bien divertie.

Finalement, la pauvre femme qui, pendant neuf longues anuées, avait gardé le silence pour ne pas divulguer le déshonneur de la famille et ne pas ouvrir à son mari les portes de la prison, dut cependant revéler tout au syndic, et Faveretto fut arrêté.

A l'audience, Faveretto convint seulement d'avoir quelquefois touché les parties génitales de ses filles, et cela fut avoué du ton le plus naturel du monde. Il nia tout le reste, protestant avec énergie, et disant que la mère et les filles complotaient contre lui. Pourquoi? il n'en sait rieu.

Aucun remords, aucune résipiscence ; préoccupation constante de se défendre, mais son mode de défense est absolument puéril ; il mandit ses accusatrices, veut qu'elles prêtent serment, et s'il est coupable demande qu'on lui coupe la tête.

La déposition de la femme a été particulièrement intéressante, soit en donnaut le portrait de l'accusé, soit en donnant une idée de la moralité des campagnes.

Faveretto fut condamné à sept ans neuf mois dix jours de réclusion, les jurés ayant, on ne sait pourquoi, accordé les circonstances atténuantes.

L'accusé entendit sa condamnation cyniquement et impassible. Et c'est à un fou moral de cette nature qu'on applique la peine, avec une rigueur toute mathématique !

VII. — Dans l'après-midi du 23 septembre 1891, un douloureux événement mettait en émoi la tranquille et riante ville de Rocarno.

Pendant que l'avocat V. S... traversait la rue qui de la station conduit à la ville, il entendit crier d'une des fenêtres de l'habitation de son neveu Giuseppe : « Monsieur l'avocat V. S..., ne bougez pas et saluez vos martyrs. »

Ne présageant pas le triste sort qui l'attendait, il ne fit aucune attention aux paroles de son neveu, car depuis quelque temps il était habitué à ses insultes, et se mettant à rire dit : « C'est Pepp, il est fou », puis il continua sa route.

Il n'avait pas fait quelques pas qu'un coup de fusil, chargé de gros plomb, l'étendait à terre grièvement blessé.

Le meurtre accompli, Giuseppe, loin de chercher à fuir et à se cacher, en proie à une surexcitation manifeste, et brandissant son arme encore fumante, s'adressant aux personnes qu'avait attirées le coup de feu, il s'écria : « O peuple, je ne suis pas un assassin vulgaire, je me suis fait justice. J'ai frappé l'auteur de mes maux. Ce crime est le fruit de sa méchanceté. O peuple, je te recommande mes actes, mes papiers, ma famille. » Puis se retirant de la fenêtre, en pleurant il dit à ses fils de rester tranquilles, qu'il allait se livrer à la justice, et, jetant son fusil sur l'épaule, alla se livrer à la gendarmerie en criant : « C'est la faute de la justice qui n'a pas voulu me rendre justice. »

Le Dr Godeluppi fut chargé d'examiner l'accusé et de répondre aux questions suivantes :

1° Giuseppe di Francesco, de Muratto, imputé d'homicide volontaire sur la personne de son oncle, V. S... avocat, jouit-il de la plénitude de ses facultés mentales et doit-il être rendu responsable de l'acte qu'il a commis?

2° Son état mental permet-il de lui laisser la responsabilité pleine et entière de son acte?

3° Dans le cas où Giuseppe serait atteint de maladie mentale absolue ou partielle, l'expert devra déclarer :

a. A quelle époque on peut faire remonter le début de l'affection ;

b. A quelle forme de maladie mentale on doit rapporter l'acte qu'il a commis.

Notre confrère, après un examen attentif et prolongé de l'inculpé, posa des conclusions et le tribunal prononça la sentence suivante :

1° Il reconnaît l'inculpé conpable d'homicide sur la personne de son oncle, l'avocat V. S.

2° Le déclare irresponsable comme ayant agi sous l'empire d'une force morale irrésistible.

3° Décrète la réclusion dans un manicome.

VIII. — Le 23 août 1890, un grave événement mettait en émoi la ville de Nicosie. Vers les onze heures et demie M. B..., pharmacien, se rendait de chez lui au palais municipal pour y tenir son audience de juge conciliateur, quand, en traversant la place Garibaldi, il fut atteint de deux coups de feu tirés par son cousin maternel, de retour depuis une quinzaine de jours d'Aquila, où il était resté quelques mois à donner des leçons d'écriture.

M. B... tombait frappé de deux blessures graves, l'une au coude gauche, intéressant l'articulation huméro-cubitale, l'autre à la région scapulaire.

L'attentat commis, Mir courut se renfermer chez lui, puis sans aucune résistance, il ouvrit la fenêtre, demanda aux carabiniers ce qu'ils voulaient, et sur l'injonction d'ouvrir sa porte, il descendit et se laissa tranquillement

emmener. Interrogé le jour même sur les motifs de sa tentative, il répondit que peu de temps avant que M. B... fût blessé, il avait été s'asseoir dans la boutique de G. M... « Tout d'un coup, il s'était senti envahi d'un feu à la tête qui lui brouillait les esprits, il s'échappa et courut chez lui. Ce feu qui lui prenait la tête, se manifestait avec un élancement à l'oreille gauche, puis au cerveau comme un courant électrique. »

Dans un second interrogatoire, il ajouta qu'il avait été empoisonné, qu'il le sentait chaque nuit, et qu'il s'était adressé au Dr B... On lui demanda s'il voulait qu'on appelât le docteur pour prouver qu'il était fou : « Non, répondit-il, seulement pour qu'il dise que j'ai été véritablement empoisonné. »

Transféré au manicome de Palerme, il fut soumis à un examen minutieux d'où il résulta que Mir était atteint de paranoïa avec délire de persécution. Mir rentre dans la classe des malades décrits par Krafft-Ebing, qui menacent leurs persécuteurs supposés, recourent à la justice et, reconnaissant l'inutilité de leurs démarches, arrivent à la conviction qu'ils sont abandonnés et engagent une lutte désespérée. Dans cet état, le malade est extrêmement dangereux. Hallucinations, illusions, etc., leur font voir leur vie en danger et les conduisent à l'homicide. Ces malades ne tuent jamais en se cachant, ils ne cachent pas le motif de leurs actions.

A la suite de cette expertise, le tribunal déclara Mir irresponsable et ordonna son transfert dans le manicome où il se trouve depuis deux ans environ. Les idées délirantes subsistent encore, mais plus affaiblies ; tout fait prévoir une prochaine démence.

Revue critique.

LES
DIFFORMITÉS OSSEUSES DE LA TÊTE
ET
LA DÉGÉNÉRESCENCE

Par le Dr A. CULLERRE

Le problème de la dégénérescence est nn de ceux qni divisent le plus les aliénistes de l'époque actnelle ; les discussions confuses anxquelles il a donné lieu au récent Congrès de Clermont-Ferrand en sont la preuve. Tons les aliénés sont-ils des dégénérés, ou quelques-uns seulement? La notion de la dégénérescence, qni relève plus spécialement de la science anthropologique, est-elle de quelque utilité pour la connaissance des maladies mentales? Et qu'est-ce enfin que la dégénérescence? Ces questions ne s'agitent pas seulement, à l'heure actnelle, dans les congrès, mais dans les livres, dans la presse, dans les cliniques et il semble bien, à y regarder d'un peu près, que, comme il arrive sonvent, la qnerelle porte autant sur les mots que snr le fond même des choses, personne ne consentant à parler la même langue.

Quoi qu'il en soit, il est un point snr lequel ceux qui soutiennent la doctrine de la *dégénérescence* ne discutent pas : ce sont les signes extérienrs anxquels on pent la dépister. Un dégénéré se reconnaît à un certain nombre de stigmates ou anomalies d'une constatation facile, atteignant telle ou telle partie de l'organisme et

parmi lesqnelles les malformations osseuses de la tête et de la face tiennent uue place importante.

Sur la valeur même de ces signes, nous avons pensé que nous trouverions peut-être quelques éclaircissements dans le livre dont le Dr Eugène S. Talbot vient de publier la troisième édition, sous ce titre : *Etiologie des difformités osseuses de la tête, de la face, des mâchoires et des dents* (1) ; et notre attente n'a pas été trompée. Ce livre a d'abord l'avantage d'être dû à la plume d'un homme étranger à la médecine mentale et dont par conséquent les opinions ne peuvent, en ce qui concerne cette dernière, être suspectées de parti pris. Mais il a un autre mérite qu'il serait injuste de passer sous silence, c'est qu'il est bourré de faits intéressants dont nous autres aliénistes pourrions évidemment tirer parti en ce qui concerne la notion de la dégénérescence.

Car M. Talbot est partisan, lui aussi, de cette doctrine, et le but qu'il s'est proposé en écrivant son livre est de démontrer, contrairement à l'opinion la plus répandue dans le monde des chirurgiens et des dentistes, que les irrégularités de la face, des dents et des maxillaires sont le résultat non de causes locales, mais de causes constitutionnelles ; qu'elles sont en un mot des stigmates de la dégénérescence de l'espèce humaine.

Mais pourquoi faut-il que nous ayons à adresser à M. Talbot le même reproche qu'à certains de nos confrères aliénistes? Pourquoi, lui aussi, a-t-il négligé d'allumer sa lanterne, c'est-à-dire de nous donner une bonne et claire définition de ce qu'il entend par dégénérescence? Car, enfin, c'est là tout le problème, et si les aliénistes semblent attacher à ce mot d'une façon absolue un sens radicalement défavorable et pessimiste; s'ils voient dans la dégénérescence, non pas seulement un arrêt de développement, mais encore une sorte de détérioration progressive, de décadence irrémédiable de la race humaine considérée principalement dans ce qu'elle a conquis de plus noble, ses facultés intellectuelles et morales, il semble bien que l'idée que s'en fait

(1) *Etiology of osseous deformities of the head, face, jaws and teeth*, by Eugène S. Talbot, M. D. D. D. S. etc. Third edition revised and enlarged. Chicago, 1894.

M. Talbot soit fort différente, et que les stigmates de la dégénérescence ne soient pour lui que le résultat d'un concours de circonstances entraînant des déviations passagères du type normal, déviations que l'atavisme (encore un mot qu'il faudrait bien définir) fera disparaître, et qui n'entraînent ni pour le sujet qui les porte, ni pour sa descendance, un pronostic absolument fâcheux et défavorable.

Telle est l'opinion qui m'a paru se dégager de la lecture attentive du livre de M. Talbot, dont nous voudrions résumer ici les principaux chapitres.

Pour étudier l'homme biologiquement, il faut le considérer, en définitive, comme un animal qui depuis les origines a toujours été en se développant dans le sens intellectuel. A supposer que la théorie de Darwin soit juste et que l'homme descende de quelque primate inférieur, de quelque anthropoïde, et que l'on compare les mâchoires de l'orang et du chimpanzé avec celles d'un nègre, on trouve entre elles une grande différence dans les dimensions, la forme, ainsi que dans le caractère des dents. Que l'on compare ensuite les mâchoires du nègre avec celles du blanc appartenant aux classes laborieuses et les mâchoires de ce dernier avec celles du patricien qui ne se livre à aucun travail physique, et l'on trouvera autant de différences qu'entre celles de l'orang et du nègre.

Or ces différences résultent du développement progressif de l'intelligence de l'homme, c'est-à-dire de son système nerveux. Pour loger le cerveau allant sans cesse en grossissant, les os du crâne, surtout les pariétaux et le frontal, se sont élargis en tous sens, tandis que, en vertu de la loi de compensation, les mâchoires et les os molaires sont allés sans cesse en diminuant. Qu'on ajoute les effets du défaut d'usage, qui résultent des progrès de la civilisation et d'une nourriture de moins en moins grossière, et l'on aura une explication suffisante de l'arrêt de développement des maxillaires chez l'homme civilisé et de la prompte décadence de ses dents.

Donc, du fait même de son perfectionnement, l'homme est soumis à des modifications continues dans son système nerveux central et dans les organes osseux qui le contiennent ; d'où, sous l'influence de la moindre pertur-

bation nutritive pendant la période de développement, une tendance aux irrégularités, aux anomalies et même aux malformations purement accidentelles.

Quelques causes très générales favorisent d'ailleurs l'éclosion de ces irrégularités, comme le *climat*, le *mélange des races* et l'*hérédité*.

Le passage d'un climat à un autre a une influence bien connue sur les qualités et la couleur de la laine des moutons, par exemple, ainsi que des soies du porc ; le cheval enseveli vivant dans les mines de Belgique se recouvre d'un fin duvet analogue à celui de la taupe. De même l'homme, transplanté d'une région du globe dans une autre, subit des changements dans son aspect et sa conformation physiques. Chez les descendants de l'Irlandais émigré au nouveau monde, on voit la large et massive mâchoire paternelle s'alléger, s'amincir et devenir la petite et délicate mâchoire de l'Américain pur sang. En général, le système osseux des Européens éprouve aux Etats-Unis des modifications profondes : chez leurs enfants, les os du corps et des membres s'allongent dans une forte proportion. Mais de toutes les races transportées aux États-Unis la race nègre est celle qui, peut-être, a subi dans le cours des temps les changements les plus considérables. La physionomie de l'homme noir est complètement modifiée et, au dire de Reclus, il a franchi un bon quart de la distance qui le sépare de l'homme blanc en ce qui concerne l'aspect extérieur.

La race noire africaine pure est dolichocéphale. A Chicago, sur deux mille hommes de couleur, M. Talbot n'en a pas trouvé plus de dix qui fussent dolichocéphales ; les autres étaient mésati ou brachycéphales. De cette transformation des os du crâne résultent naturellement des modifications corrélatives dans la forme des mâchoires.

Ces changements, à la vérité, ne sont pas dus exclusivement au climat, et il convient d'en rechercher pour une part l'origine dans le mélange des races. Si, en effet, les races pures de tout mélange ne varient pas quand elles conservent le même habitat, ainsi les Égyptiens d'aujourd'hui qui ne diffèrent pas de ceux du temps de Ramsès II, il n'en est pas de même des races qui ont

subi des croisements divers. Le croisement apporte d'énormes modifications dans la structure des individus qui en sont issus. Supposez des métis de nègre et de blanche à divers degrés : certains pourront avoir la couleur du père et les traits de la mère ; aucun des enfants ne se ressemblera, chacun ayant emprunté plus particulièrement à l'un de ses parents certains caractères comme la couleur de la peau, l'ossature, la chevelure et ainsi de suite.

Mais il n'est pas nécessaire que les races diffèrent autant que le nègre et le blanc pour que leur mélange produise des types nouveaux et des particularités de structure innombrables. Ces particularités se transmettent par l'hérédité jusqu'à la septième ou la huitième génération, et tout semble indiquer qu'elles peuvent se fixer et servir à caractériser une race nouvelle.

M. Talbot fournit quantité de preuves de changements dans la structure des os produits par le croisement des races les plus diverses. L'Angleterre, par exemple, est peuplée par une des races les plus vieilles de l'Europe. Aux deux races primitives, l'une brune, l'autre blonde, admises par Huxley, sont venus se mêler les Angles, les Saxons, les Normands, les Danois et d'autres peuples encore. Si l'on prend seulement la mâchoire des Anglais d'aujourd'hui et qu'on la compare à celle des antiques Bretons, on constate un écart marqué dans les proportions de ces deux os. La mâchoire de l'Anglais moderne est sensiblement plus petite, et cette diminution se remarque plus particulièrement dans la partie antérieure de l'os, au niveau des petites molaires.

Partout où le mélange des races s'est fait sur une large échelle, il a donné naissance à des populations à proprement parler sans race, sans caractères ethniques fixes. Tel est, en particulier, le cas aux Etats-Unis d'Amérique qui sont depuis plus de deux siècles le rendez-vous des nerveux et des dégénérés de toutes les parties du monde. De l'alliance de ces dégénérés immigrés avec la population locale, résulteront des générations de dégénérés pires, faites de toutes les difformités, de toutes les imperfections du cerveau et du système osseux qu'a enfantées la civilisation du vieux monde.

L'hérédité joue aussi un rôle dans la production de

ces anomalies. Chaque géniteur a tendance à se reproduire dans l'enfant, d'où une lutte constante des deux influences parentales dans le développement de ce dernier. Plus les parents sont dissemblables, plus la lutte sera forte et plus il y aura prédominance de caractères saillants, plus grande enfin sera la tendance aux anomalies morphologiques, aux arrêts ou aux excès de développement.

Les caractères ainsi acquis peuvent se transmettre. Il n'est pas rare d'observer, dans plusieurs générations successives d'une même famille, la même imperfection physique, la même anomalie du système osseux, et quand cette anomalie siège à la tête ou à la face, il y a là une cause importante d'erreur d'interprétation, car ce signe est complètement dénué de toute valeur pathologique.

Enfin, l'hérédité est elle-même influencée par le climat, l'habitat et le mélange des races. Parallèlement à la présence de l'hérédité assurant la transmission des qualités parentales, se manifeste dans les enfants d'immigrés une force tendant à développer en eux le type de la race indigène. En d'autres termes, le climat et le sol modifient cette descendance dans une mesure telle que, dans l'intervalle de cinq ou six générations, elle revêtira l'aspect extérieur et les caractères de la population à laquelle elle se trouve associée.

Ces causes générales ont une action d'autant plus puissante que la tête et la face, de par les progrès mêmes du développement intellectuel de l'homme, sont dans un perpétuel devenir.

Dans son état actuel, la face de l'Européen civilisé est en effet le résultat d'un arrêt de développement. La proéminence du front et la réduction du volume des mâchoires sont des signes de *retard* dans l'évolution et accusent la persistance, en une certaine mesure, d'un état embryonnaire : nous voyons, en effet, que l'homme blanc a perdu peu à peu, dans sa marche vers la civilisation, un certain nombre des caractères physiques qui rapprochaient la face de l'homme primitif de celle de l'anthropoïde, caractères que l'on retrouve partiellement dans les races inférieures et qui consistent principalement dans la fuite du front, la saillie des arcades sour-

cilières et zygomatiques et le prognathisme du maxillaire inférieur. Des anomalies peuvent donc se présenter soit par excès de retard dans le développement des os de la face, d'où résultera par exemple, une disproportion entre le front, trop haut, et la face, trop petite ; soit par retour en arrière avec l'apparition de caractères ancestraux, anthropoïdes ou simiesques.

C'est un fait bien connu que les races exemptes de tout alliage ne présentent qu'exceptionnellement des irrégularités et des anomalies de structure. Les irrégularités des dents et des mâchoires se rencontrent rarement chez les Africains, les Chinois ou les Juifs de race pure ; elles sont au contraire extrêmement communes chez les nations de sang mêlé sans qu'on puisse en tirer la moindre conséquence pathologique. Aux effets résultant de l'amalgame de types hétérogènes vient s'ajouter le défaut d'usage, qui, sans modifier les dimensions des dents qui semblent conserver depuis l'origine de l'homme le même volume, tend à rétrécir le diamètre latéral des maxillaires, laissant à peu près intact le diamètre antéro-postérieur.

Les irrégularités de la voûte palatine sont considérées comme jouissant d'une certaine valeur en tant que stigmates de la dégénérescence : or M. Talbot nous apprend qu'il n'existe pas de type normal de cette arche osseuse ; que sur des milliers d'examens il n'est pas possible de trouver deux voûtes semblables ni de dimensions équivalentes eu égard à la hauteur, à la largeur et à la courbe antéro-postérieure. La forme de la voûte dépend surtout de la façon dont se développent les procès alvéolaires et les dents, d'où il faut conclure qu'une voûte normale sera celle dont l'arcade dentaire sera régulière et dont toutes les lignes seront harmonieuses entre elles, quelles que soient d'ailleurs leurs dimensions en hauteur, longueur et largeur.

Il résulte de cet ensemble de considérations que dans la production des anomalies dites de dégénérescence, certaines causes générales comme le climat, l'habitat, le mélange des races et l'hérédité physiologique jouent un rôle de premier ordre. Non pas que M. Talbot n'en reconnaisse pas d'autres. Il admet positivement, au contraire, l'intervention de facteurs nouveaux d'ordre

pathologique qu'il appelle névroses de développement (*developmental neuroses*). Ces névroses de développement provoquent des perturbations nutritives pendant la croissance des individus à lourdes tares héréditaires. M. Talbot divise ces individus en deux classes : 1° les nerveux ; 2° les véritables dégénérés. Mais il reconnaît n'avoir pas de vues personnelles à ce sujet et déclare s'en référer à celles de l'Ecole de Morel à qui, d'ailleurs, il se plaît à rendre un hommage mérité.

Tout en acceptant, au fond, la doctrine des aliénistes de l'Ecole de Morel, M. Talbot ne peut s'empêcher cependant de hasarder quelques objections dont voici les principales.

Le processus dégénératif, fait-il observer, peut atteindre toutes les parties du corps, tous les organes, toutes les fonctions. Or, n'est-il pas évident que les anomalies du crâne, de la face, des maxillaires et des dents sont infiniment plus communes que toutes les autres, et dès lors leur importance ne diminue-t-elle pas en proportion même de leur fréquence? « Je remarque, dit-il encore, que les têtes parfaitement symétriques sont rares, même chez les individus normaux. Les diagrammes qui sont entre les mains des chapeliers ne sont pas pour nous donner de notre race une opinion flatteuse. »

Certes, chez les aliénés, les anomalies du crâne et de la face sont fréquentes. Il ne faut pas toutefois les confondre dans une seule et unique catégorie; car, à côté de celles qui constituent les stigmates de la dégénérescence et qui se développent concurremment avec les troubles psychiques, double effet d'une seule et unique cause d'origine congénitale, il y en a qui sont purement symptomatiques : celles par exemple qui surviennent postérieurement à quelque lésion acquise, comme les atrophies cérébrales de l'enfance.

Mais ces deux catégories ne sont pas les seules; de ce qu'on trouve par exemple dans un asile d'aliénés des anomalies craniennes et faciales dans la proportion de 70 à 90 p. 100, l'on n'est pas en droit d'en conclure que 70 à 90 p. 100 des aliénés sont des dégénérés. Certaines formes psychopathiques, comme la manie, la mélancolie, beaucoup de cas de délire systématisé, qui composent en grande partie la population des asiles, ne relèvent pas

de la dégénérescence, et les anomalies qu'on rencontre chez ces malades ne diffèrent pas de celles que l'auteur a montrées être surtout l'apanage des classes inférieures de la société.

Au surplus les plus dégénérés des individus atteints dans leur cerveau et dans leur intelligence, les imbéciles et les idiots, n'offriraient guère plus de ces malformations que les individus ordinaires, si l'on ajoutait foi à certaines statistiques. Bien que M. Talbot ne partage pas cette opinion de quelques-uns de ses compatriotes et qu'on ne puisse que l'en féliciter, le fait même qu'il existe des hommes compétents pour la soutenir est encore de nature à faire hésiter dans l'appréciation de la valeur clinique des stigmates de la dégénérescence.

On connaît l'importance attachée par certains criminalistes et en particulier Lombroso, aux anomalies du crâne et de la face. M. Talbot ne nie pas leur valeur comme stigmates dégénératifs: il veut bien admettre que certaines de ces difformités accompagent l'idiotie, d'autres le crime, d'autres la prostitution. Mais, ici encore, il fait observer qu'elles ne se rencontrent pas seulement chez ces divers dégénérés, mais encore chez des individus normaux à tous autres égards, et que si on les compare chez les uns et chez les autres, on ne trouve entre elles aucune différence. Ce fait est d'autant plus remarquable que certains de ces stigmates ne sont tels qu'en apparence. M. Talbot démontre par exemple, avec pièces à l'appui, que très souvent le prognathisme n'est pas dû à un développement exagéré du maxillaire inférieur, mais bien à un arrêt de développement du maxillaire supérieur et des os malaires. Dès lors, que devient le prognathisme en tant que stigmate de la dégénérescence ?

Mais il est une autre preuve encore plus frappante du caractère banal de ces anomalies, c'est leur extrême fréquence dans la masse de la population réputée saine. Voici, en effet, ce que dit M. Talbot à ce sujet : « Les observations répétées auxquelles je me suis livré dans la rue, en chemin de fer, dans les écoles de médecine, dans les lieux publics et enfin dans ma clientèle de Chicago et des environs, m'ont donné les résultats suivants : Des difformités de la face et des mâchoires existaient chez 68 p. 100 de mes clients et chez 45 à 65 p. 100 des in-

dividus observés dans les lieux publics; dans une salle de billard, sur 128 personnes présentes 72, c'est-à-dire 87 p. 100, présentaient de ces anomalies. Dans les écoles de médecine et de chirurgie dentaire dont les élèves viennent de la campagne et de divers points des Etats-Unis, la proportion tombe à 45 p. 100, tandis qu'elle s'élève de 55 à 65 dans une réunion de personnes habitant exclusivement les villes. Si l'on prend en masse les individus tarés qui peuplent nos asiles, on ne trouve pas de différence bien frappante entre la proportion d'anomalies qu'ils présentent et celle qu'offre le reste de la population. Cependant chez les congénitaux, les criminels d'habitude, les ivrognes, les prostituées et les pauvres, cette proportion s'élève jusqu'à 85 et 95 p. 100. »

Toutes ces considérations, faisons-le remarquer en terminant, visent surtout les populations des Etats-Unis où se sont opérés les mélanges de toutes sortes de races. Mais il est bien évident que les populations d'Europe, sans avoir subi de telles promiscuités, sont bien loin de représenter des types homogènes. Les observations faites aux Etats-Unis peuvent donc s'appliquer, toutes proportions gardées, aux nations du vieux monde et la signification de la plupart de ces anomalies de structure qui viennent d'être passées en revue, s'en trouve finalement amoindrie au point de vue pathologique.

Il n'en résulte pas, toutefois, que la dégénérescence soit un vain mot, ni que ce soit une notion superflue pour la connaissance des maladies mentales. Dans l'esprit d'un homme expérimenté, aucune théorie ne saurait prévaloir contre l'évidence d'un fait clinique : or il y a de ces incorrections physiques, sans parler des psychiques, qui, accumulées chez le même aliéné et groupées d'une certaine façon, lui constituent un facies si spécial, un aspect si significatif qu'elles suffisent parfois au clinicien pour faire son diagnostic.

Mais de là à confondre toutes les manifestations de la folie dans le vaste sein de la dégénérescence et à faire de ce fait biologique quasi universel la base même de la connaissance des maladies de l'esprit, il y a un abîme, et ce serait une faute de vouloir le franchir.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1894.

Présidence de M. Auguste VOISIN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Sollier, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

2° Une lettre de le Dr Fletcher Beach, secrétaire général de la *Medico-psychological Association of Great-Britain and Ireland*, sollicitant le titre de membre associé étranger.

3° Une lettre de M. le Dr Conolly Norman, superintendant du Richmond Asylum, à Dublin, sollicitant le titre de membre associé étranger.

4° Une lettre de M. le Dr Rohé, superintendant du Maryland Hospital, États-Unis d'Amérique, sollicitant le titre de membre associé étranger.

Ces trois candidatures ont été renvoyées à une Commission composée de MM. J. Falret, A. Voisin et René Semelaigne, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le compte rendu de l'inauguration des bustes de Baillarger et de Falret à l'hospice de la Salpêtrière, le 9 juillet 1894.

2° L'*Eloge de Cotard*, par M. le Dr Ritti.

3° Une brochure de Clemens Neisser, intitulée *Attaques paralytiques*.

4° Une brochure de M. Paul Anbry.

5° Une statistique de M. Miguel Bombarda sur l'asile qu'il dirige.

6° Le numéro de juillet de la *Revue de l'hypnotisme.*

7° Le numéro de septembre des *Annales de Psychiatrie.*

8° La *Gazette du Manicome Fleurant.*

M. CHRISTIAN présente le volume contenant le compte rendu du Congrès de la Rochelle.

M. VALLON. — Messieurs, j'ai l'honneur de présenter à la Société médico-psychologique, de la part de M. E. Régis, la traduction en langue anglaise de son *Manuel des maladies mentales*. Le traducteur est un de nos plus distingués confrères américains, le Dr Bannister. Les membres de la Société éprouveront sans doute, comme moi, un vif plaisir de voir accueillir à l'étranger avec la faveur qu'il mérite le livre d'un aliéniste français qui est un de nos collègues les plus distingués.

J'ajoute que cette traduction a vu le jour dans des conditions particulières. Elle a été imprimée, brochée, reliée sous la haute direction du Dr Adler Blumer, médecin en chef à l'asile d'aliénés d'Utica (New-York). Cet établissement est pourvu d'une presse à vapeur, ce qui permet à nos confrères américains de se passer d'imprimeur pour la publication de leurs ouvrages. C'est là un exemple que je livre aux méditations de tous ceux qui publient à grands frais des livres ou brochures.

Rapports de candidature.

M. MAGNAN. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Bouchereau, Briand et Magnan, chargée de présenter un rapport sur les travaux de M. le Dr Miguel Bombarda, professeur à la Faculté de médecine de Lisbonne, médecin-directeur de l'asile de Rilhafolles, candidat au titre de membre associé étranger de notre Société.

M. Bombarda est déjà, en quelque sorte, un des nôtres, car il s'est souvent inspiré, dans ses nombreux travaux, des doctrines des maîtres français. Dans un mémoire sur le délire de persécution datant déjà de dix-sept ans, il étaie ses recherches personnelles sur les travaux de Lasègue et de Legrand du Saulle.

Plus tard, dans sa thèse de concours du professorat, sur les *hémisphères cérébraux* et *leurs fonctions*, suivant

les préceptes de l'Ecole de Paris, il se dégage des théories de la psychologie pure, et prenant pour base l'anatomie et la physiologie, les données de la clinique et de l'anatomie pathologique, il rattache la fonction à l'organe et s'applique à faire ressortir les rapports intimes entre les modifications fonctionnelles et les changements organiques.

Dans un mémoire sur le *vaccin de la rage*, publié dans le but de démontrer la nécessité de la création d'un institut bactériologique à Lisbonne, il s'appuie entièrement sur les travaux de Pasteur.

Un travail encore sur les *dystrophies par lésion nerveuse* met en relief les qualités de son esprit éminemment clinique.

Enfin, dans l'important mémoire sur la microcéphalie déjà déposé sur le bureau de la Société, M. Bombarda donne l'histoire de six microcéphales qu'il a examinés et, dans trois cas, l'observation est suivie d'autopsie. Des dessins et des photographies donnent une idée nette des sujets et de la conformation du cerveau. Dans l'un des cas, très analogue à celui qu'avait communiqué le professeur Mierzejewski au Congrès de Paris de 1878, le poids de l'encéphale du sujet adulte est de 316 grammes, le cervelet est entièrement à découvert. S'appuyant sur les faits, M. Bombarda critique, avec raison, le mémoire de Vogt dans lequel la théorie de l'atavisme est mise en avant pour l'interprétation des faits se rattachant à la microcéphalie. Pour M. Bombarda, ce sont là des cerveaux pathologiques et il s'applique à faire ressortir chez ces microcéphales les différents stigmates de la dégénérescence.

M. Bombarda a réuni en un volume les leçons qu'il a faites sur la physiologie générale et l'anatomie des tissus ; mais pour vous donner une idée de sa féconde activité, je devrais faire une analyse des différents travaux qu'il a publiés dans le journal *la Médecine contemporaine*, qu'il dirige, sur la médecine légale, l'hygiène et l'organisation administrative et médicale des hôpitaux et des asiles.

M. le professeur Bombarda, vous le voyez, est un infatigable travailleur, transmettant dans son enseignement à Lisbonne, avec les traditions qu'il a puisées

daus notre pays, les éléments d'instruction que lui fournit chaque jour, l'asile de Rilhaffoles. Votre Commission ne doute pas que vous n'approuviez ses conclusions, en nommant M. Bombarda, membre associé de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces couclusions, M. Bombarda est, à l'unanimité, nommé membre associé étranger.

M. Sollier. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Bouchereau, Moreau (de Tours) et Sollier, rapporteur, chargée de vous présenter les titres de M. Boissier, qui demande à être admis comme membre correspondant de notre Société. M. Boissier n'est pas un inconnu pour nous. Interne des asiles de la Seine, il a remporté l'an dernier le prix Esquirol avec un mémoire intitulé : Essai sur la neurasthénie et la mélancolie dépressives considérées dans leurs rapports réciproques. C'est ce mémoire qu'il a présenté cette année même comme thèse inaugurale. Je ne reviendrai pas sur lui puisqu'il a déjà fait l'objet d'un rapport devant notre Société. Rappeler la récompense qui lui a été décernée est le meilleur éloge qne j'en puisse faire.

M. Boissier a publié en outre, en collaboration avec M. Lachaux, dans les *Archives de neurologie* et dans le *Marseille médical*, en 1893, différents travaux cliniques intéressants. Il a rapporté un cas d'encéphalopathie syphilitique, ayant simulé la paralysie générale et le tabes et qui a été guérie par le traitement spécifique. Le diagnostic présentait de réelles difficultés, car, outre les symptômes qui pouvaient faire émettre l'hypothèse de la paralysie générale et du tabes existant simultanément, il venait s'ajouter encore une intoxication alcoolique secondaire contractée sous l'influence des premiers troubles mentaux et qui disparut rapidement sous l'influence de l'abstinence. Enfin la syphilis était ignorée de la malade. C'est l'efficacité du traitement qui a justifié le diagnostic. Cette observation est un document intéressant pour l'histoire si obscure encore des rapports de la paralysie générale et du tabes ou de la syphilis. Dans un autre travail sur les perversions sexuelles à forme obsédante, il rapporte deux cas fort intéressants, l'un d'exhibitionnisme réduit à sa plus grande simpli-

cité, le malade étant simplement poussé à « se déboutonner », sans avoir aucune autre tare mentale dégénérative; l'autre de bestialité chez un individu qui n'a d'abord présenté que cette impulsion, puis est devenu alcoolique et a présenté un délire mélancolique qui s'est transformé plus tard en délire de persécution, puis en mégalomanie.

Dans un troisième travail enfin, intitulé « Contribution à l'étude clinique de la kleptomanie », il nous rapporte deux observations de kleptomanes dont les cas sont presque superposables, ce qui montre bien qu'il y a là un syndrome très typique, très caractéristique.

J'en ai dit assez, Messieurs, pour vous montrer que M. Boissier a su utiliser les cas intéressants qu'il a eus entre les mains, et que son passé est un gage suffisant de l'intérêt qu'il porte à la médecine mentale pour que nous ayons l'espoir, en l'admettant au milieu de nous, de le voir persévérer dans la voie où il est si heureusement entré.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Boissier est nommé membre correspondant à l'unanimité.

M. Vallon. — Messieurs, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Marandon de Montyel, Febvré et Vallon, de vous présenter un rapport sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le Dr Henri Hannion; je viens m'acquitter de la tâche que vous nous aviez confiée.

Après avoir été externe des hôpitaux de Paris, M. Hannion a passé trois ans comme interne dans les asiles de la Seine; il a été successivement attaché au service de M. Febvré à Ville-Evrard, au mien à Villejuif et enfin à celui de la Clinique de la Faculté à Sainte-Anne.

M. Hannion, mettant à profit ses études d'aliénation mentale, a fait sa thèse de doctorat sur la *Confusion mentale*, sujet intéressant et plein d'actualité, mais présentant de sérieuses difficultés, demandant pour être traité des connaissances cliniques approfondies. Je me hâte de dire que M. Hannion s'est montré à la hauteur de sa tâche.

Partant de ce principe que nos classifications actuelles en aliénation mentale sont surtout basées sur la symptomatologie, M. Hannion estime que la confusion men-

tale doit y occuper une place. Pour légitimer son opinion, il cherche à démontrer que la confusion mentale n'est pas un symptôme banal pouvant se montrer accessoirement et au hasard des influences individuelles, au milieu des symptômes fondamentaux des espèces cliniques admises en pathologie mentale, mais que c'est au contraire un syndrome important pouvant acquérir dans beaucoup de circonstances la valeur d'une personnalité clinique distincte. Par personnalité clinique, M. Hannion entend simplement une manière d'être, un aspect symptomatique, il se défend de vouloir faire de la confusion mentale une véritable entité morbide.

M. Hannion a observé quatre femmes présentant des troubles mentaux bizarres ; après avoir étudié ces quatre malades avec grand soin, il a essayé de les classer et a été conduit à rejeter pour elles successivement toutes les formes contenues dans les classifications actuelles, tandis qu'au contraire la *confusion mentale* lui a paru être un cadre s'adaptant assez bien au tableau symptomatique qu'il avait sous les yeux.

On rencontre donc, dit l'auteur, un certain nombre de malades qui, sous des apparences variées, offrent au fond le même état mental et diffèrent en même temps par la nature du processus psychologique de ceux qui, sous diverses dénominations, ont leur place réservée dans la nomenclature.

« Il en est de cette forme clinique comme de toutes les autres. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'elle existe ; mais jusqu'à ce jour on passait à côté d'elle sans la reconnaître parce que nous ne voyons que ce qu'on nous a appris à voir et que nous avons l'habitude de tout mesurer à l'aune de nos connaissances acquises.

« L'inventeur d'un système veut en trouver une application générale. L'auteur d'une classification s'imagine volontiers qu'elle suffit à tous les cas.

« Cependant, les classifications n'ont d'autre but et d'autre utilité que de marquer les différentes étapes parcourues dans les sciences naturelles. Elles ne sauraient avoir la prétention d'élever une muraille infranchissable entre les faits et l'observateur.

« Aussi bien l'avènement de la confusion mentale n'a pas besoin pour avoir lieu d'une révolution scientifique.

Ses exigences sont modestes. Elles ne veut rien détruire, elle demande seulement dans la petite république de l'Aliénation un coin de terre où elle puisse vivre indépendante et libre des promiscuités fâcheuses où on la tient encore.

« C'est pour soutenir ses droits que nous avons entrepris ce travail. »

Je ne sais quel avenir est réservé à la *confusion mentale*, mais vous voyez par cette citation que si elle n'obtient pas une place dans le cadre nosologique, ce ne sera pas faute d'avoir eu sa cause bien défendue.

En lisant la thèse de M. Hannion on sent que l'auteur est un clinicien exercé et un esprit judicieux, on voit qu'il a su mettre à profit le temps passé comme interne dans les asiles, aussi espérons-nous que ce premier travail sera suivi de bien d'autres.

En résumé, Messieurs, nous vous proposons d'accorder à M. Hannion le titre qu'il sollicite, ce sera pour lui un encouragement à persévérer dans la voie des recherches où il est entré.

Conformément à ces conclusions, M. Hannion est, à l'unanimité, nommé membre correspondant.

Des asiles spéciaux pour les alcoolisés.

M. Christian. — Messieurs, la communication que je vais avoir l'honneur de faire à la Société aurait été mieux à sa place dans la discussion sur *l'alcoolisme et les asiles d'alcooliques*, qui a eu lieu au Congrès de Clermont, ou encore au Congrès *contre l'alcoolisme*, qui s'est tenu le mois dernier à Lyon, et dans lequel nos collègues Motet, Legrain, Pierret, etc., ont éloquemment exposé les faces multiples du grave problème sur lequel, à mon tour, je désire appeler votre attention ; je m'y suis cru autorisé parce que la question de l'alcoolisme est de celles qui sont, pour ainsi dire, d'une façon permanente à notre ordre du jour.

Je serai bref, car je ne songe pas à refaire devant vous un historique auquel je ne saurais apporter aucun élément nouveau. En ce moment, les préoccupations sont surtout, et avec raison, aux remèdes : je voudrais examiner rapidement ceux que l'on propose, et voir s'ils ont la vertu qu'on leur attribue.

L'alcoolisme est devenu un danger social : ce n'est pas trop de tous nos efforts pour essayer d'opposer une digue à un mal qui menace l'humanité dans ses forces vives.

Jusqu'à présent notre thérapeutique est restée pauvre. A l'alcoolique que nous voulons arracher à son funeste penchant, nous ne trouvons pas autre chose à dire que « buvez de l'eau, mon ami, et ne buvez que de l'eau ». Cela est si simple que c'en est presque naïf. Il est clair que là où il n'y a pas d'alcool, il ne saurait y avoir d'alcoolique.

Mais ce remède n'est pas d'une application facile ; il a fallu s'ingénier de mille façons pour lui donner, en pratique, la vertu qu'il possède incontestablement en théorie. Vous avez pu lire, dans le rapport si consciencieux et si richement documenté de notre confrère Ladame, tout ce que les différents pays ont imaginé pour venir à bout du fléau.

En première ligne, les *sociétés de tempérance*, qui veulent surtout prêcher d'exemple. Elles sont nombreuses aux Etats-Unis, en Angleterre, en Suisse, en général dans les pays protestants. Leur zèle et leur ardeur sont d'autant plus grands qu'il s'y mêle du prosélytisme religieux. Ce que ces sociétés dépensent en brochures, traités, conférences, bibliothèques, suffirait pour alimenter le budget d'un petit Etat. Elles se sont ingéniées à créer des lieux de réunion semblables à nos cafés et à nos cercles, mais d'où l'alcool, sous toutes ses formes, est sévèrement banni et remplacé par du thé ou du café.

Il est douteux que les résultats obtenus répondent à tant d'efforts. Les sociétés de tempérance sont surtout composées de gens naturellement sobres, de membres du clergé, de femmes, de vieilles filles. S'il est vrai qu'il y a plus de joie dans le ciel à voir arriver un seul pécheur repentant qu'à recevoir dix justes, je crains que nos sociétés de tempérance n'aient que rarement l'occasion de se réjouir : elles ne se recrutent guère parmi les buveurs corrigés.

Aussi bien, quand elles le peuvent, elles joignent la contrainte à la persuasion. Elles ne demandent pas mieux que d'appeler à leur aide le bras séculier, et de

faire édicter contre l'alcool, source de tout péché, des législations draconiennes. Mais là même où les lois sont le plus terribles, le mal est-il supprimé?

Pendant un temps, l'hypnotisme a été un remède souverain. Endormir l'alcoolique, lui suggérer de ne plus boire que de l'eau, quoi de plus simple! Il se réveillait dégrisé et sobre à jamais. Mais ce moyen paraît avoir fait son temps : on n'en parle plus guère, et cependant l'occasion de l'appliquer n'est pas devenue plus rare.

Aujourd'hui les tendances vont à créer des asiles spéciaux, exclusivement destinés aux buveurs, et de tous côtés l'on s'ingénie à établir les conditions indispensables pour rendre le séjour de ces asiles efficace.

Il est entendu que tout alcool y sera sévèrement proscrit : tout le monde boira de l'eau, rien que de l'eau. Non seulement les malades, mais le directeur, le médecin, les employés, les infirmiers. Ils vanteront sans cesse ce régime, diront tout le mal possible du vin. Tout sera combiné pour mettre l'alcoolique dans une véritable atmosphère de sobriété. Pour apprécier jusqu'où peut aller l'ingéniosité sous ce rapport, lisez l'article que l'un de nos distingués confrères, le Dr Rouby, a consacré aux *Hôpitaux d'alcoolisés* (1).

Je ne demande pas mieux que de croire à l'efficacité de ces moyens. Mais, pour les appliquer, il faut construire des asiles spéciaux ; or, il me semble qu'avant de se lancer dans ces constructions, il est un certain nombre de questions de première importance, qui demanderaient à être résolues tout d'abord.

En premier lieu, quels sont les alcooliques que l'on enfermera dans l'asile projeté?

Je comprends que l'on exclue les *aliénés* devenus malades sous l'influence de l'alcool ; leur place est dans une maison d'aliénés. On n'accueillera que des alcooliques proprement dits ; mais il y en a de bien des espèces. Les prendra-t-on dans la période d'excitation, pendant qu'ils sont atteints de folie alcoolique aiguë, de delirium tremens?

(1) *Ann. méd.-psychol.*, septembre-octobre 1894.

On voudrait bien, il est aisé de le voir, tenir la porte fermée à ces agités, ne l'ouvrir qu'aux alcooliques calmes ou calmés. Il me paraît cependant que les alcooliques aigus, en pleine période d'agitation, sont les seuls qu'il y ait chance de recevoir. L'honnête buveur, qui se contente de cuver son vin chez lui, sans faire ni scandale, ni esclandre, de quel droit irait-on le chercher et l'enfermer ?

Voilà donc l'alcoolique agité amené dans l'asile spécial; jusqu'à présent on le conduisait à l'asile d'aliénés. Il se passera là ce qui se passe chez nous à l'heure actuelle. Les accidents aigus se dissipent rapidement; en quelques jours tout est rentré dans l'ordre, et notre homme réclame sa sortie : vous n'avez aucun droit de la lui refuser.

A cette difficulté, on propose de remédier en exigeant de l'alcoolique l'engagement qu'il restera à l'asile un temps donné, aussi long que le médecin le jugera nécessaire. Si le malade y consent, tout est pour le mieux ; et, encore, pour le garder, faudra-t-il donner une entorse à la loi, considérer comme aliéné un malade qui ne l'est plus. Mais, je le demande à tous ceux qui ont pratiqué des alcooliques, combien s'en trouvera-t-il qui, même après les promesses les plus solennelles, auront la force de tenir leur parole ?

On veut aussi que les familles s'engagent à ne pas réclamer la sortie du malade; mais, si celui-ci est majeur, je ne vois pas comment la famille pourra intervenir. J'irai même plus loin, si une famille exigeait le maintien d'un de ses membres qui ne présenterait plus de symptômes d'aliénation, le devoir du médecin, devoir impérieux, serait de ne pas l'écouter.

Garder l'alcoolique enfermé jusqu'à ce qu'on lui ait donné le « goût de l'eau », c'est une simple utopie, en pratique irréalisable.

Jamais vous n'aurez de prise que sur une catégorie bien limitée d'alcooliques, ceux qui, dans leurs accès, auront commis quelque délit ou même quelque crime, et qu'il aura fallu enfermer par mesure d'ordre ou de sécurité publique. Pour ceux-là, mais pour ceux-là seulement, vous pouvez demander une loi. Demandez qu'à une première faute corresponde une séquestration d'une

durée proportionnée à la gravité du délit ; en cas de récidive, cette durée sera double. S'il y a eu crime, oh ! alors, pas de sensiblerie : vous connaissez assez mon sentiment pour savoir que je ne remettrais pas le coupable en liberté.

Dans ce qui précède, Messieurs, j'ai essayé de montrer à quelles difficultés se heurtera l'organisation projetée, sur laquelle d'ailleurs personne n'a encore que des idées peu arrêtées. Mais allons au fond des choses ; pensez-vous sérieusement qu'un texte de loi ou un asile nouveau suffiront à guérir la plaie de l'alcoolisme ? Ne nous payons pas de chimères, envisageons la réalité telle qu'elle est.

Or, c'est certainement une chimère, que de vouloir guérir les alcooliques en en faisant des buveurs d'eau. Admettons que cela réussisse pour quelques-uns, 10, 20, 30 p. 100 (1), le problème ne sera pas résolu ; car les promoteurs les plus convaincus de cette méthode n'ont pas la prétention, j'imagine, de détruire la vigne et le houblon. Il y aura donc toujours du vin et de la bière, et même de l'eau-de-vie, et il faudra bien que ces produits soient consommés. Dès lors, il y aura des gens qui en abuseront. Nous n'y pouvons rien. Mais ce que nous devons dire, c'est que ni le vin, ni la bière, ni même l'eau-de-vie, ne sont des choses mauvaises et nuisibles par elles-mêmes, et qu'on aurait bien tort de chercher à les supprimer. Je les considère, quant à moi, comme des liquides précieux et utiles : ne serviraient-ils qu'à égayer les jours sombres de l'existence, qu'il faudrait les considérer comme de véritables bienfaiteurs. Les anciens abreuvaient leurs dieux de nectar. Aux gens pieux qui jettent l'anathème au jus de la treille, on peut rappeler que « le Christ ne se refusait pas aux joies des banquets ; à Cana il changea l'eau en vin, et n'est-ce pas à table qu'il révéla à ses disciples le mystère de l'Eucharistie (2) » ?

Le besoin de stimulants spéciaux est universel ; là où

(1) Au moment où je faisais ma lecture à la Société médico-psychologique, l'article de M. Marandon de Montyel, « *la Cure des buveurs* », n'avait pas encore paru. (Voir *Ann.*, nov.-déc. 1894.)

(2) Cherbuliez. *Le Prince Vitale.*

le vin manque, on l'a remplacé par un autre liquide fermenté, et cela s'est fait instinctivement, en quelque sorte inconsciemment.

L'histoire nous apprend que, tant que le vin, la bière, l'eau-de-vie, ont été consommés dans leur état naturel, ils n'ont donné lieu à aucun des ravages dont nous sommes les témoins attristés. Dans l'antiquité comme dans les temps modernes, il y a eu des pays et des périodes où l'ivrognerie était infiniment plus répandue que de nos jours : cependant l'alcoolisme que nous combattons, j'entends l'*alcoolisme cérébral*, n'existait pas.

En recueillant mes souvenirs d'enfance et de jeunesse, je me rappelle qu'en Alsace, mon pays d'origine, j'ai connu quantité de gens, fort honorables d'ailleurs, qui buvaient avec excès du vin et de la bière ; beaucoup étaient chaque soir dans un état de demi-ébriété. Et cela durait des années, de longues années ; je n'ai pas souvenir d'un seul cas de délire alcoolique. Seuls le cœur et le foie étaient les victimes de cette alcoolisation prolongée.

Il y a quelques semaines, j'étais à Munich, une ville où la consommation de la bière et du vin atteint des proportions extraordinaires, et je visitais l'asile d'aliénés. Dans cet asile, qui reçoit presque exclusivement les aliénés de la ville de Munich et de ses environs, j'appris, à ma grande surprise, qu'il n'y a pas d'alcooliques. Sur 312 aliénés admis en 1890 (172 hommes, 140 femmes), il y avait 9 p. 100 de délire alcoolique (1).

Qu'en conclure, sinon que le vin et la bière ne sont pas toxiques, qu'ils n'occasionnent pas d'accidents cérébraux, et que les coupables sont uniquement les innombrables sophistications auxquelles l'industrie s'est ingéniée, que le consommateur recherche avec délices ? J'en ai eu la preuve à Vienne, où, à l'asile d'aliénés, sur 992 admissions, il y avait 158 alcooliques (année 1891). Cependant Vienne est aussi un pays de bière. Mais c'est qu'à Vienne, comme à Paris, comme à Berlin, ont

(1) Rapport annuel pour 1891. Il est à remarquer que, tandis que la proportion des alcooliques est insignifiante, celle des paralytiques généraux s'élève, au contraire, à 18.9 p. 100.

absorbe en quantités énormes tous ces alcools de mauvaise nature dont la vogue est devenue si grande, et surtout depuis que le phylloxéra a menacé si gravement la vigne.

Dans une discussion qui a eu lieu, ici même, il y a deux ou trois ans, mon ami Bouchereau nous disait que les alcooliques qu'il voit aujourd'hui ne ressemblent pas à ceux qu'il voyait il y a une trentaine d'années. Chacun de nous a pu constater ce fait, ceux du moins à qui leur âge permet ces lointains souvenirs.

Les considérations qui précèdent n'auraient pas de but, si elles ne devaient mener à une conclusion pratique. Elle me paraît toute simple. Puisque le mal tient aux alcools frelatés que l'on répand impunément dans le public, supprimez ces liquides toxiques, ou du moins rendez-en la production aussi difficile que possible. Je ne puis pas entrer dans l'examen des mesures qui ont été proposées pour arriver à un résultat efficace. Les uns cherchent le remède dans des taxes fiscales excessives ; d'autres voudraient que l'Etat prenne le monopole (1) de la fabrication de l'alcool, — ou du moins de la rectification, — qu'il veille à ce que le consommateur ne puisse trouver que des produits naturels.

Quel que soit le moyen que l'on adopte, c'est seulement du jour où la production de l'alcool sera soumise à une législation spéciale, que l'on pourra songer à une loi répressive de l'ivresse ; c'est alors seulement que l'on pourra songer aussi à construire des asiles pour les ivrognes.

Créer ces asiles aujourd'hui, alors qu'on ne sait même pas à qui on pourra les destiner, c'est faire œuvre vaine, et dépenser sans résultats des millions qui pourraient être utilement employés de toute autre façon.

M. Joffroy. — Je suis heureux de me trouver d'accord avec M. Christian. Quand la question a été discutée au Congrès de Clermont-Ferrand, j'ai émis un avis à

(1) C'est la solution que préconise depuis plusieurs années un esprit éminent, M. Alglave ; c'est aussi le projet qui est actuellement à l'étude en Autriche, où l'on songe également à faire une loi contre l'ivrognerie. Cette loi devra précéder la création des asiles spéciaux.

peu près semblable, sans me dissimuler les difficultés qui pourraient surgir. Mais ce qui importe le plus, c'est d'améliorer l'alcool, et le meilleur moyen d'y arriver serait d'établir le monopole, non pas de la fabrication, ce qui dans la pratique entraînerait des difficultés à peu près insurmontables, mais de la rectification de l'alcool. Il y a en France un grand nombre de bouilleurs de cru ; au lieu de se contenter de distiller leurs produits, comme ils en ont le privilège, ils distillent en outre des féculents, des grains, des betteraves. C'est là, c'est dans la fraude qu'on doit rechercher l'origine du poison, et la principale cause de l'alcoolisme.

M. Auguste Voisin. — Je crois que le danger principal réside dans la vinification, et dans l'usage des liqueurs aromatiques qui renferment des éthers, plutôt que dans les falsifications des bouilleurs de cru. Dans le Maine, beaucoup d'ouvriers s'enivrent avec de l'eau-de-vie de pommes, mais je n'en vois pas d'atteints d'alcoolisme cérébral.

M. Briand. — Sans nier l'influence de la qualité de l'alcool sur la production du délire alcoolique, on ne doit pas négliger la question de terrain, la prédisposition individuelle.

M. Christian. — Incontestablement il y a toujours eu des individus qu'une faible dose d'alcool suffisait à mettre dans un état de violente surexcitation. Mais aujourd'hui la qualité de l'alcool joue un rôle considérable dans la production du délire.

M. Charpentier. — On abuse un peu trop, à propos de tout, du mot dégénérescence. Je crois plus volontiers à l'influence néfaste d'un alcool frelaté.

M. Motet. — La question est des plus importantes, tant au point de vue de la clinique mentale que de l'hygiène sociale. Depuis vingt-cinq à trente ans, la distillation des mélasses, betteraves, avoines, pommes de terre, a lancé dans la circulation des alcools contenant des principes toxiques. N'est-il pas du devoir médical d'avertir les populations du danger auquel elles s'exposent en absorbant de tels alcools ?

M. Ballet. — Je suis d'avis qu'avant d'émettre un vœu tel que la monopolisation de la rectification de l'alcool, nous devons mûrement réfléchir. Ne vaudrait-il

pas mieux demander une surveillance attentive de la rectification comme elle est actuellement faite ?

La séance est levée à cinq heures et demie.

René Semelaigne.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1894

Présidence de M. Aug. VOISIN.

Lecture et adoption de procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrage.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Boissier et Hannion, remerciant la Société de les avoir nommés membres correspondants ;

2° Une lettre de remerciement de M. Miguel Bombarda, nommé membre associé étranger ;

3° Une lettre de M. Xavier Francotte, de Liège, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Charpentier, Semelaigne et Christian, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *La foule criminelle*, par M. J. Luys ;

2° Les *Annales de psychiatrie*, numéros d'octobre et de novembre ;

3° La *Gazette du manicome de Macerata*, numéros de septembre et d'octobre.

Rapport de candidatures.

M. René Semelaigne. — Messieurs, vous avez, dans votre dernière séance, désigné une Commission composée de MM. J. Falret, Auguste Voisin et René Semelaigne, pour examiner les candidatures de MM. Fletcher Beach, Conolly Norman et Rohé. Tous trois, par leurs travaux, ont grandement honoré la science mentale et aucun d'eux n'est un inconnu parmi nous.

Le Dr Fletcher Beach a, pendant dix-huit ans, été médecin en chef de l'asile de Darenth, près Dartford, comté de Kent, asile destiné aux enfants idiots ou imbéciles. Il dirige aujourd'hui, aux environs de Londres, à Kingston Hill, un établissement privé, la Winchester

House, où, continuant l'œuvre de sa vie publique, il se consacre à l'éducation des enfants arriérés. Depuis cinq années, le Dr Beach est secrétaire général de la Société médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande, et s'acquitte de ses délicates fonctions avec un zèle, un dévouement, qui lui ont assuré la considération et l'estime de tous ses collègues. Parmi les nombreuses brochures par lui publiées, je citerai les suivantes :

Diagnostic et traitement de l'idiotie ;

Un cas de crétinisme sporadique avec autopsie ;

Du crétinisme sporadique ;

L'intempérance des parents considérée comme cause prédisposante de l'imbécillité chez les enfants ;

L'hypertrophie du cerveau chez les imbéciles ;

Les aspects morphologiques et histologiques de l'idiotie microcéphalique et crétinoïde ;

Types d'imbéciles ;

Atrophie du cerveau chez les imbéciles ;

Faits se rapportant à l'idiotie et à l'imbécillité ;

Un cas d'imbécillité, avec mouvements choréiformes ;

Conférence sur l'influence des prédispositions héréditaires dans la production de l'imbécillité ;

Quelques causes rares d'imbécillité ;

Cas d'idiotie et d'imbécillité dues à la syphilis héréditaire ;

Cas d'affections cérébrales chez les imbéciles ;

Traitement des enfants épileptiques, imbéciles ou faibles d'esprit ;

Du crétinisme sporadique.

Enfin, le Dr Beach a écrit l'article : « Pathologie de l'idiotie » dans le *Dictionnaire de médecine psychologique* édité par le Dr Hack Tuke.

Le Dr Conolly Norman est superintendant du Richmond Asylum à Dublin, membre de l'Académie royale de médecine d'Irlande, membre de la Société neurologique de Londres, président du comité irlandais de la Société médico-légale internationale de New-York, membre honoraire de la Société de médecine mentale de Belgique. Il est, pour l'année 1894-1895, président de la Société médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande, et vient d'être désigné, avec MM. Urquhart

et Edwin Goodall, pour assister le Dr Hack Tuke dans la publication du *Journal of mental Science*, et remplacer le Dr Savage qui s'est récemment désisté de ses fonctions. Les principaux travaux du Dr Conolly Norman ont paru dans les *Transactions de l'Académie royale de médecine d'Irlande*, dans le *Journal of medical Science de Dublin* et dans le *Journal of mental Science;* je me bornerai à en citer quelques-uns. En 1885, le Dr Conolly Norman faisait paraître un mémoire sur l'*Alternance de la folie et de l'asthme spasmodique.* L'année suivante, sous le nom de *Folie larvée*, il rapportait l'histoire de deux individus qui, étant aliénés et même aliénés dangereux, avaient occupé de hautes situations et étaient parvenus à cacher leur délire. Un article paru dans le *Journal of mental Science* signalait les imperfections de la législation sur les aliénés en Irlande, et réclamait des réformes ; huit années se sont écoulées depuis cette époque, et les réformes se font toujours attendre. Lorsqu'en Irlande, un individu présente des signes de dérangement mental, suffisants pour nécessiter un internement immédiat, il est appréhendé par deux policemen qui l'emmènent généralement au quartier de police, où l'on convoque deux magistrats. Un parent du malade décrit, sous la foi du serment, les troubles mentaux qu'il présente et affirme qu'il était sur le point de commettre un délit passible des tribunaux. Le médecin du dispensaire du dictrict examine et certifie, les magistrats rendent un ordre de séquestration et les deux policemen, en armes comme le sont toujours les agens de police en Irlande, conduisent à l'asile le malade qui, entre ses deux gardes du corps, a plutôt l'air d'un malfaiteur que d'un aliéné. Si par hasard on ne trouve pas les magistrats, ce qui arrive assez fréquemment, ou bien si l'asile est trop éloigné, le malade passe la nuit au quartier de police. Espérons que les autorités finiront par s'émouvoir d'un tel état de choses et que les vœux de notre confrère d'Irlande seront un jour exaucés. En 1888, le Dr Cornolly Norman publiait un cas de cette forme mentale particulière décrite par Griesinger sous le nom de *Grübelsucht* et, en 1892, une notice sur le cocaïnisme. Il a écrit, pour le *Dictionnaire de médecine psychologique*, les articles :

Manie, Folie simulée, Perversion sexuelle, Folie dissimulée, Manie hallucinatoire.

Le Dr George H. Rohé est superintendant de l'hôpital des aliénés du Maryland, professeur de thérapeutique, d'hygiène et de médecine mentale au Collège des médecins et chirurgiens de Baltimore, président de la Société américaine d'obstétrique et de gynécologie, membre honoraire de la Société de médecine mentale de Belgique. C'est lui qui dirige la rubrique des maladies mentales dans l'*Annual for the universel medical Sciences* publié sous la direction de M. Sajous. Les études du Dr Rohé se sont principalement dirigées vers les rapports qui existent entre les affections pelviennes et les maladies mentales, et il a exposé, en divers articles et communications, les résultats de ses recherches. Chez beaucoup de femmes de son asile, il est parvenu, grâce à un traitement approprié de ces affections pelviennes, à atténuer et même à guérir les troubles mentaux.

Tels sont, brièvement résumés, les titres des candidats soumis à vos suffrages. Chacun d'eux occupe, dans son pays, une situation prépondérante, et notre Société s'est toujours honorée d'accueillir dans son sein toutes les notabilités scientifiques. Aussi, je suis heureux de pouvoir vous prier, au nom de votre Commission, de recevoir parmi nous MM. Fletcher Beach, Conolly Norman et Rohé comme membres associés étrangers.

Conformément à ces conclusions, M. Fletcher Beach, Conolly Norman et Rohé sont nommés, à l'unanimité, membres associés étrangers.

Coexistenee d'hallucinations verbales auditives (sensorielles) et d'hallucinations verbales psycho-motrices. Dialogue entre les voix extérieures et intérieures.

M. Paul Garnier donne lecture de la communication suivante, en son nom et au nom de son interne, M. Le Filliatre :

L'observation de Jean Henri nous a paru intéressante à publier, parce que chez ce malade les hallucinations verbales auditives se séparent aussi nettement que possible des hallucinations verbales psycho-motrices ; en outre, ces deux formes d'hallucinations verbales sont très bien différenciées par le malade lui-même, qui inter-

prête d'une façon fort précise ce qui se passe en lui au moment où il entend les voix extérieures et les voix intérieures.

Jean Henri est un dégénéré héréditaire, atteint de délire de persécution.

Fils d'un père mort suicidé à quarante ans, atteint de mélancolie depuis un an avant sa mort, et d'une mère nerveuse, très impressionnable, morte d'une tumeur au larynx à l'âge de quarante ans, frère de deux sœurs mortes en bas âge de convulsions, Jean Henri, âgé de quarante-deux ans, d'abord employé de bureau, est bientôt forcé, par suite de l'apparition de son délire, de quitter cet emploi pour prendre celui de journalier. Comme antécédents personnels, on ne trouve qu'une fluxion de poitrine à six ans. Le malade n'a eu ni fièvre typhoïde, ni syphilis, et n'a jamais été alcoolique.

Notre malade a toujours été d'un caractère préoccupé, craintif, émotif et changeant. Son délire a débuté par des hallucinations verbales auditives bi-latérales ; puis, au fur et à mesure que la maladie évolue, viennent se joindre des hallucinations verbales psycho-motrices, des impulsions verbales qui le poussent à dire des choses qu'il n'a pas l'intention de dire, des troubles de la sensibilité générale se traduisant par des sensations de déplacement du corps tout entier, des sensations de piqûres, des hallucinations de la vue sur lesquelles nous passons rapidement, n'ayant pas eu le malade assez longtemps en observation.

Les hallucinations psychiques, comme les nommait Baillarger, verbales psycho-motrices, comme les appelle M. Séglas, ne sont encore qu'au premier degré de la classification de M. Séglas (*Troubles du langage chez les Aliénés*, p. 139) ; ce sont des hallucinations verbales motrices « sans mouvements correspondants de l'articulation », et par suite sans prononciation des mots.

Maintenant que nous avons classé notre malade et tracé en quelques mots la forme de ses hallucinations, suivons l'évolution de sa maladie.

Jusqu'au commencement de 1889, le malade est bien portant, aucun trouble psychique. Dans les premiers jours de janvier 1889, il s'aperçoit pour la première fois que les passants l'appellent « maquereau » ; il suffit

pour lui de descendre dans la rue pour que immédiatement le mot de « maquereau » lui parvienne aux oreilles. Il applique toute son attention pour essayer de discerner quelle est la personne inconnue qui l'insulte ; mais, malgré tous ses efforts, il ne peut y arriver. Quelque temps après, les passants ne lui lancent plus le mot injurieux à la figure, mais ne cessent de lui répéter : « Tant que tu n'auras pas le bijou merveilleux, tu « ne seras pas comme nous. » Pour lui, s'il avait eu « ce bijou merveilleux » on ne l'aurait pas tourmenté. Le malade, partant de cette idée fixe, achète une parure en métal doré, en garnit les boutons de sa chemise et de ses manchettes. Malgré la modeste splendeur de ses boutons, des voix extérieures s'adressent à lui, ne cessent de lui parvenir aux oreilles aussitôt qu'il sort de chez lui ; on lui répète continuellement : « Tant que « tu n'auras pas le bijou merveilleux, tu ne seras pas « comme nous. »

Vers le milieu de février 1889, il fait un jour, au café, connaissance d'un électricien ; cet homme lui avait paru assez sympathique ; néanmoins ils se quittent le soir même sans prendre rendez-vous. Aussitôt qu'il l'a quitté, il regrette de ne pas lui avoir demandé des renseignements sur les « pouvoirs électriques », et le soir même, aussitôt couché, il entend le voisin et sa femme qui l'appellent et lui disent : « L'électricien est ici, viens ici. » Cela l'étonne, car il n'avait jamais parlé à ses voisins ; cependant, comme on ne cessait de l'appeler, il se lève, va frapper à leur porte, et, à sa grande surprise, on lui répond : « Non, vous vous trompez, ce n'est pas là. » Remarquons que jusque-là, c'était la première fois que Henri Jean entendait des voix étant dans sa chambre.

Jusqu'en 1893, mêmes hallucinations psycho-sensorielles ; les passants l'insultent, le traitent de mots injurieux ; on lui reproche de ne pas avoir le bijou merveilleux ; dans sa chambre, ses voisins lui répètent tant qu'il est en état de veille : « Viens ici, l'électricien est là. » Dans les bureaux où il travaille aux écritures, il est obligé de quitter, étant sans cesse traité de « maquereau » par ses collègues. Il prend alors la profession de journalier.

D'après le souvenir du malade, vers le milieu de juin 1893, une femme qu'il ne connaissait que par le timbre de la voix, et qu'il n'avait jamais pu voir, le suivait partout nuit et jour et, d'après son expression, « le tenait et le tient toujours sous sa coupe » ; elle lui parle continuellement et ne s'arrête que lorsque les passants ou ses voisins lui parlent. Mais pour comprendre le rôle de cette femme dans son délire, il faut en venir aux *hallucinations psycho-motrices.*

A toutes les insultes qui lui parvenaient aux oreilles depuis cinq ans, il n'a jamais eu l'intention de répondre, ne pouvant pas distinguer les persécuteurs, et cependant, malgré sa volonté, il les insultait en lui-même, les traitant de « maquereaux, putains, je les encule... » *Le malade se rend très bien compte qu'il ne prononce pas ces mots avec la bouche.* « *D'ailleurs, quelle raison* « *aurais-je, dit-il, d'aller insulter des personnes que je* « *ne connais pas, et cependant, expliquez cela comme* « *vous voudrez, j'entends très bien les paroles qui sont* « *prononcées en moi-même et malgré moi.* »

« Dans mon idée, nous dit-il, idée qui m'est imposée, « je suis Edison. En moi-même et malgré moi, je pense « sans cesse que je suis l'inventeur de l'électricité, mais « *je reconnais très bien que c'est faux.* Je ne puis pas « m'expliquer pourquoi et comment ces idées me vien- « nent, en moi-même, je vous le répète, j'en suis très « étonné, et cela dure depuis cinq ans environ. Pour « moi, je suis fou, et me menacerait-on de me couper le « cou si je continuais à penser et à parler de la sorte, « que je ne pourrais pas m'en empêcher. Tenez ! en ce « moment, vous n'avez rien entendu ? nous demande le « malade. Non, lui répondons-nous. Eh bien ! je viens « de *vous* dire que vous n'êtes qu'un *idiot*, mais ne prenez « pas cela pour une insulte, cela part malgré moi. »

Ce qui l'étonne, c'est que nous n'entendions pas ses insultes, et que la femme, au moment où il nous insultait, lui réponde : « Tu as raison, Edison, de lui dire cela », preuve qu'elle l'avait entendu. Alors nous lui posons la question suivante : « Comment voulez-vous « que nous vous entendions, puisque vous n'avez pas « parlé ? » A cela, il nous répond : « *Pour moi, les sons* « *doivent sortir par le nez, puisque je ferme la bouche.*

« C'est une infirmité, dit-il, dont je suis atteint, et cette « femme qui m'a entrepris est sans doute chargée de « venger le monde que j'insulte sans cesse malgré « moi. » Cette femme lui cause aussi bien la nuit que le jour, pourvu qu'il soit à l'état de veille, qu'il y ait du bruit autour de lui ou le calme le plus parfait.

Chez ce malade, il y aurait par moment des hallucinations de la vue ; il voit surtout de beaux portraits, des pierreries, des brillants, plutôt de belles choses et surtout des objets colorés soit en *bleu*, soit en *vert*. Lorsqu'il regarde le soleil et qu'ensuite il regarde autour de lui, il voit tout en bleu. Remarquons que chez Henri Jean, nous n'avons pas trouvé de diminution du champ visuel.

Pas d'hallucination gustative, pas d'hallucination olfactive.

Par moment et simultanément avec les hallucinations de l'ouïe, il faut noter des hallucinations de la sensibilité générale. Pas de plaques d'anesthésie ou d'hyperesthésie. Réflexes normaux.

Notre malade étant suffisamment intelligent et instruit pour pouvoir analyser lui-même, nous lui avons demandé de nous décrire toutes ses hallucinations au fur et à mesure qu'elles se produiront pendant son séjour à l'Infirmerie spéciale du Dépôt. Il nous a remis le dialogue ci-joint, fort intéressant, où ses persécuteurs : le monde, elle (la femme), un autre (deux personnes étrangères), l'interpellent journellement d'une façon injurieuse et où le Moi (la voix interne) répond malgré lui à toutes ces insultes. Lorsqu'il n'est pas sous le coup des hallucinations, il nous en trace, et d'une façon très claire, lui-même les interprétations. Après le dialogue, nous rapporterons une pièce de vers dans laquelle le malade analyse son état mental.

DIALOGUE

(*Le malade est assis dans sa cellule devant une table.*)

ATTENTION, VOUS AUTRES !

(*Explication :* C'est la femme qui le persécute qui appelle l'attention de ses autres persécuteurs : le monde, une autre, un autre, une autre, une dame...)

Le Monde. — Je t'emm...

Moi (*voix interne*). — Parfaitement.

Le Monde. — Espèce de sale ivrogne.

Moi (*voix interne*). — Parfaitemeut, mon brave.

Le Monde. — Hâbleur.

Moi (*voix interne*). — Tiens, tu n'es qu'un idiot.

Le Monde. — A ce compte-là, t'auras bientôt fini. — Çà, c'est un brave homme. — C'est un esbrouffeur.

Moi (*voix interne*). — Mais, le monde, je l'emm... pas mal, nous ne parlons pas d'elle (*la femme qui le persécute*), elle ne dit rien; d'abord, je l'aime; ensuite, qui est-ce, je n'en sais rien moi-même, je voudrais bien *l'avoir*.

Elle (*la femme qui le persécute*. — Ça c'est sous-entendu.

Interprétation du malade.

Du reste, monsieur le Docteur, remarquez bien, ce n'est pas de cette façon-là que je voulais écrire ce mot-là, mais bien comme ça, *la voir*.

Un autre (*voix extérieure*). — Parbleu ! c'est un orgueilleux...

Moi (*voix interne*). — Je m'en fous, moi, tu comprends ; c'est la guerre entre nous; j'ai juré que je lutterais contre vous tous, que d'avance j'avais perdu la partie ; mais enfin, je lutte tout de même, voilà tout, et puis j'attends, quoi, j'attends.

Un autre. — Sais-tu nager?

Moi. — Oui, mon vieux, je sais nager.

Une dame (*voix extérieure*). — Espèce de saleté.

Moi. — Que veux-tu répondre, mon Dieu, c'est toujours la même chose avec ces gens-là ; c'est vrai, je n'y vois plus clair ; oh ! je sais bien que d'ici demain matin... Merde, le jour baisse, et je lâche tout, ça, c'est bien vrai.

Le Monde. — Parbleu, c'est un alcoolique.

Moi. — Ma foi, je n'en sais rien.

Un autre (*voix extérieure*). — Edison est en train de travailler.

Moi. — Enfin, je fais des tartines qui..

Un autre (*voix extérieure*). — Si nous pouvions les avaler. Maintenant, je vais me coucher, bonsoir tout le monde.

(*Dix heures du soir.*)

Le malade (*s'analyse*). — J'essaie de dormir, je ferme les yeux ; d'abord, c'est une pensée magnifique, puis des bleuets et des coquelicots ; enfin des fleurs, rien que des fleurs, puis, des dessins, des diamants, tout cela étincelle, cela jette des feux et je m'endors.

Oui, mais avant (c'est curieux, je crois toujours voir sauter

quelque chose), mais avant, disais-je, je ne sais pas ce que j'éprouve.

Une voix (*extérieure*). — C'est la suggestion.

Moi (*voix interne*). — Ma foi, je n'en sais rien.

Interprétation du malade.

Toujours est-il que je ressens une chose dont je ne puis définir le nom; mais enfin, cela m'énerve, et, par moment, j'ai envie de lancer un grand coup de pied en l'air, et cela, surtout, au moment où je veux m'endormir.

Cette nuit, divers rêves, pas de cauchemars, des bêtises comme la plupart du temps; soldats, anciens camarades, etc., etc.

Maintenant, autre chose. Une fois que je suis dans le lit, une chose qui me surprend encore, c'*est que mon lit s'agite toujours dans le sens horizontal et vertical;* est-ce par l'effet de mon corps ou par un effet quelconque? je n'en sais rien; toujours est-il que l'effet existe.

Le docteur jugera cela.

Maintenant, j'oubliais d'écrire que la femme en question m'a dit : « Edison, tu crèveras comme un chien », et puis a ajouté : « Tiens, tu n'es qu'un idiot. » Pourquoi? je suis encore à me le demander; c'est qu'elle m'a poursuivi d'une façon terrible, cette femme que j'appelle, dans mon idée, la *vengeresse du genre humain.*

Pendant que j'écris, j'entends bien les voix qui m'environnent toutes après moi, et dire que tous ces gens-là (ses persécuteurs) *comprennent et savent parfaitement ce que j'écris et ce que je pense* (ce que nous traduisons par l'écho de la pensée).

Chose extraordinaire, une idée est à peine germée dans ma tête, et encore à peine l'est-elle, qu'ils m'ont déjà saisi.

Les autres (*voix extérieures*). — Mais oui, tu crèveras de faim, nous le voulons, et ce sera.

Interprétation du malade.

Encore une fois, que leur ai-je fait, à ces gens-là? Je l'ignore complètement, c'est-à-dire que je sais très bien le pourquoi de la chose, impossible de faire autrement; une force supérieure à la mienne l'a voulu, tant pis pour moi!

Quant aux sottises, c'est toujours la même chose, rien que de mauvaises idées : tas de crapules, tas de canailles, et bien d'autres; voilà ce qui me trotte dans la tête; impossible d'empêcher ça malgré toute ma bonne volonté; c'est raide, mais c'est comme ça.

Une dame (*voix extérieure*). — Edison, tu auras un vengeur.

Moi (*voix interne*). — Je comprends très bien que la personne en question se moque de moi, mais lutter contre tout ce monde-là m'est impossible, je laisse faire et puis voilà.

Interprétation du malade.

Maintenant, je me plais dans ma folie à m'amuser à trouver des mots quand je réfléchis.

Une dame (*voix extérieure*). — Edison, tu n'es qu'un *feignant.*

Interprétation du malade.

Ça ne fait rien, rien, je continue :

Des mots tels que : Baltimore (bal t'y mords), l'Amérique (la mère hie), Monténégro (monte, eh! négro) et cela très souvent; et alors je souris, j'ai l'air d'être enchanté de moi, quoique ce ne soit pas vrai du tout, car j'avoue, comme j'ai déjà dit bien souvent, en finir le plus tôt possible ou en guérir.

Du reste, ici, je deviendrai de plus en plus fou; ce qu'il me faut, c'est la solitude : pas de bruit; la moindre chose que j'entends me porte ombrage, et ce n'est pas assurément avec des voix comme j'en entends actuellement, qui sont toujours à m'attaquer et à me traiter de crapule, etc., ou qui, parfois, sont contents tout de même parce que je laisse échapper *de temps en temps un bon mot!* les sottes gens tout de même! ils ne savent pas ce que c'est d'être atteint d'une aussi terrible maladie que la mienne. Enfin, *je leur pardonne.*

Quel acharnement tout de même! Ils l'ont juré, j'aurais beau les prier de se taire, je t'en fous (tas de jean-foutres, devrais-je dire), c'est l'impossible, et tant que je resterai ici, je doute fort de ma guérison.

Autre chose. Une chose que j'ignore encore et que j'ai remarquée bien souvent, c'est que quand je laisse échapper des insultes, je me sens toujours atteint par de certaines piqûres, je pourrais même dire coupures, dans diverses parties du corps, et je ressens les mêmes effets quand les sottises émanent de ce que j'appelle mes redoutables adversaires.

DES SONS

14 *juillet.* — Comment se fait-il que, quand je suis debout ou étendu sur mon lit, et principalement dans ce dernier cas, et que je fais tout mon possible pour être tranquille, ce qui m'est

très difficile, pour ne pas dire impossible, surtout de ce moment-ci, le monde est sur moi.

Tout cela me brouille le cerveau, et sans dire de sottises, on m'en envoie de tous les côtés; alors j'abandonne la partie; je ne puis pas continuer.

Interprétation du malade.

Enfin, j'essaie tout de même. Je ressentais comme une voix forte ou faible qui tout doucement me *cause à l'oreille*, et que j'interprète d'une façon toute particulière, comme : « Fais bien attention, ça gronde; eh, là-bas, que vas-tu faire? » et non seulement ça, *mais encore le traversin qui rend des sons absolument comme si une personne jouait sur une seule corde*, soit de violon, soit de guitare, et cela tous les soirs quand je me couche.

Elle (*voix extérieure*). — Bien, c'est l'esbrouffeur.

Interprétation du malade.

Mais à quoi ça me servira-t-il de continuer à répondre par des sottises encore et toujours; je sais bien que j'en redirai et que l'on m'en redira. D'abord, je ne sais plus quoi dire. « Dans le dos, Edison », dit-elle.

Enfin, je m'arrête là; ma plume n'en veut plus; par conséquent, inutile d'aller plus loin.

(*Cinq heures du soir.*)

Maintenant, la nuit tombe; il pleut en même temps, je n'y vois plus et je m'arrête pour aujourd'hui.

(*Neuf heures du soir.*)

Interprétation du malade.

Je suis couché, je cherche à m'endormir pour oublier, mais cela m'est impossible et j'entends toujours des murmures parmi lesquels je distingue parfaitement des mots tels que : « Edison, nous allons te tuer. » S'ils savaient, les pauvres diables, comme cela m'est indifférent. Pour me brouiller, ils ne décessent pas, et les mots : « Edison, t'es dans le dos » me parviennent facilement aux oreilles.

En effet, la vie m'est à charge, et la mort viendrait à me surprendre que je l'accepterais avec joie.

En m'endormant, je n'ai pas vu comme d'habitude *les couleurs en question*, c'est-il du mieux? Voilà où mon esprit se heurte; en somme, bonne nuit.

A mon réveil, ça ne manque pas; à peine ai-je les yeux ouverts, que de *par-ci, par-là, les petites bandes en question ne*

cessent de me mitrailler toute la journée; naturellement, je suis leur point de mire, et ils me tiennent dans leurs mains comme un simple polichinelle.

Seulement, de cette façon-là, je ne guérirai jamais ; ce qu'il me faudrait, ce serait d'être seul, loin du bruit, ou alors d'être avec des gens qui soient plus raisonnables.

Mais non, ils l'ont juré, ces chameaux-là ! Tant pis, je ne retire pas mon expression ; du reste, elle est bien méritée !

Mon séjour a la Préfecture (14 *juillet*).

C'est pour un simple vagabondage,
Mes amis, que je suis ici,
Et il ne m'est pas permis, à mon âge,
De choisir cette demeure pour logis.
Maintenant, que va-t-on faire de moi?
Je me le demande, et Dieu sait comme
Mon cœur palpite, et c'est d'émoi
Que là mon esprit s'abandonne.
A quoi vais-je songer maintenant?
A la folie qui me harcèle,
A la femme qui, très lentement,
M'a fait sans cesse songer à elle?
Et cependant, je voudrais la voir,
La tenir là et pouvoir lui dire :
Madame, je suis au désespoir.
Un mot, un seul mot peut me suffire.
Dites-moi, vraiment, si c'est bien vous,
Qui avez juré au monde
D'être sa vengeresse ; moi je suis fou,
Et vous prédis qu'au bord de la tombe
Ce peuple à qui j'ai fait tant de mal
Sans le vouloir, ça, je puis le dire,
Est d'un bête, c'est effroyable,
Et vraiment, c'est à pouffer de rire.

Signé : H. Jean.

C'est donc là, vous le voyez, Messieurs, un fait de *doubles voix*, les unes externes, les autres internes, un exemple de la coexistence d'hallucinations verbales auditives et psycho-motrices.

Le malade — un dégénéré atteint d'idées de persécution — est halluciné *intus et extra*, si je puis ainsi parler. Il *extériorise* et *intériorise* deux ordres de phénomènes dus à l'excitation pathologique des centres qui

président à la formation, ici, des images verbales auditives, là, des images verbales d'articulation.

Les deux centres ainsi hyperexcités correspondent entre eux, *s'entretiennent*, par ce dialogue singulier que je viens de reproduire, dialogue qui est comme la projection saisissante des deux séries d'images verbales sensorielles et motrices. X... *entendait* qu'on lui parlait *du dehors*, et il se *sentait* parler et répondre du *dedans*.

L'hallucination, dite interne, la *voix intérieure* que Baillarger a le premier si bien distinguée de l'hallucination auditive, en la qualifiant d'hallucination psychique, a été, vous le savez, attribuée avec raison, par Ed. Fournié et par M. Max Simon, à une hallucination, à une impulsion de la fonction du langage. Depuis, M. Séglas, reprenant la question et procédant rigoureusement et systématiquement à son étude, à la lumière des plus récentes données de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie cérébrales, a su donner au phénomène toute l'importance qu'il mérite ; et, à dater de ce moment, diverses observations ont été publiées.

Nous avons pensé qu'il n'était pas dénué d'intérêt d'y adjoindre le cas que je viens d'avoir l'honneur de vous communiquer.

Le dialogue des voix intérieures et extérieures différenciées par le malade lui-même nous a paru tout spécialement démonstratif pour mettre bien en évidence la nature et la *qualité* des deux phénomènes hallucinatoires.

M. J. Séglas. — Les dialogues hallucinatoires que l'on observe chez les aliénés peuvent se présenter de façons diverses. Tantôt les voix dialoguées, par exemple, se rapportent toutes à des hallucinations verbales auditives, ou bien à des hallucinations verbales motrices ; dans d'autres cas, le dialogue se fait entre hallucinations verbales auditives et motrices. C'est ce qui a lieu dans l'observation de M. Garnier, d'autant plus intéressante qu'elle constitue une auto-observation et que le dialogue y est pris sur le vif. Dans plusieurs de mes études sur les troubles du langage, j'ai signalé des faits semblables sous le nom d'hallucinations antagonistes. Dans les cas de ce genre, l'hallucination verbale motrice peut se présenter aux différents degrés d'intensité que j'ai indiqués.

De même, les phénomènes de conscience qui l'accompagnent peuvent, par leurs variations, lui donner certains aspects variables. Tantôt, par exemple, le sujet répond involontairement, irrésistiblement à ses hallucinations auditives ; mais ses réponses sont l'expression de sa pensée personnelle. Tantôt la pensée exprimée par cette réponse lui semble en quelque sorte étrangère à son moi ; il n'a plus conscience que des mouvements d'articulation nécessaires à son expression. J'ai observé, par exemple, une dame atteinte d'un délire des persécutions avec hallucinations verbales auditives et motrices très nettes. Le fait particulier, relatif au dialogue hallucinatoire, était que, lorsqu'elle entendait ses voix auditives, elle était irrésistiblement poussée à répondre, sans cela elle éprouvait des serrements à la région épigastrique, des étouffements. « Pour que cela me soulage, disait-elle, il faut que je réponde au moins par la pensée, et je sens alors les mouvements de la langue comme si j'allais parler réellement. Cela suffit, et il est inutile que je prononce à haute voix : c'est d'ailleurs moins fatigant de parler en pensée ou entre ses dents. » Elle converse ainsi avec les voix et, fait à remarquer, « tantôt la réponse était bien pour elle l'expression de sa pensée qu'elle ne pouvait retenir ; tantôt, au contraire, elle correspondait à des mots, étrangers au courant de ses idées, imposés par ses ennemis et qu'elle ne faisait que répéter par suite d'une électrisation spéciale de sa langue par ses persécuteurs ».

Dans d'autres circonstances, non seulement la pensée ainsi exprimée en réponse semble étrangère au malade, qui de plus n'a pas même conscience des mouvements d'articulation correspondants, alors même qu'ils sont assez intenses pour que la réponse soit proférée à voix haute. Nous passons alors de l'hallucination verbale motrice à la parole involontaire et inconsciente. J'ai rapporté, dans mon livre sur *les troubles du langage*, un exemple d'un dialogue de ce genre, un interlocuteur correspondant à l'hallucination auditive, l'autre à la parole involontaire et inconsciente (p. 152).

Des faits bien curieux, différents au premier aspect, mais cependant mettant au fond en jeu des facteurs psychologiques identiques, sont ceux dans lesquels le

dialogue a lieu entre des hallucinations verbales auditives d'une part et des mouvements involontaires et inconscients, non spécialisés à la fonction langage, bien que traduisant l'expression d'une pensée. Le fait suivant rendra bien compte de ce cas particulier. Un homme, âgé de quarante ans, fut atteint d'un délire de persécution avec hallucinations nombreuses, surtout verbales auditives, injurieuses et impératives, dictant au malade des actes qu'il accomplissait malgré lui. Au bout de quelque temps survint une rémission, qui dura deux ans à peu près et fut suivie d'un nouveau paroxysme délirant de même aspect symptomatique. Mais de plus survinrent alors des hallucinations verbales motrices antagonistes des auditives, dialoguées avec elles, et s'opposant aux ordres dictés par elles, si bien que le malade pouvait résister aux ordres absurdes des voix intérieures en écoutant les conseils de ses voix extérieures. Par ce côté, ce cas se peut donc comparer à celui de M. Garnier. Mais il présente de plus une particularité curieuse. Il est arrivé que les voix intérieures restaient silencieuses en face d'ordres donnés par les voix extérieures auditives ; d'où désarroi extrême du malade. Pour sortir de cette perplexité, il lui vint à l'idée de consulter une table tournante, qui s'opposa énergiquement aux avis dictés par les hallucinations auditives. Or, nous savons très bien aujourd'hui que le phénomène des tables tournantes s'explique par l'intervention de mouvements involontaires et inconscients produisant dans cette table des déplacements qu'une convention alphabétique traduit ensuite comme l'expression de pensées. C'est, au fond, un fait psychologique comparable à la parole involontaire et inconsciente, et l'observation que je viens de vous rapporter très brièvement nous montre donc bien que, tout comme elle, tout comme l'hallucination verbale motrice, les mouvements involontaires et inconscients peuvent représenter un des interlocuteurs dans le dialogue avec des hallucinations verbales auditives.

Hallucinations psychomotrices dans l'alcoolisme.

M. Ch. Vallon. — Messieurs, si j'en juge par mon expérience personnelle, les hallucinations psychomo-

trices sont très rares dans l'alcoolisme ; pour ma part, je n'en ai observé que deux cas et encore l'un d'eux est-il douteux. Voici ces deux faits :

OBSERVATION I. — *Alcoolisme. — Délire religieux. — Hallucinations psychomotrices éphémères. — Hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. — Absence d'hallucinations de la vue.*

V... est un homme de taille et de corpulence moyennes, normalement conformé et ne présentant pas de stigmates bien nets de dégénérescence. Il est né et habite dans le département de l'Orne, où il exerce la profession de cordonnier. Il est âgé de trente-trois ans et marié depuis huit ans. Les grands-parents sont décédés sans avoir jamais présenté de troubles cérébraux. La mère est morte à l'âge de soixante-neuf ans d'une maladie de l'abdomen. Le père, âgé de soixante-quatorze ans, est asthmatique ; dans son jeune temps, il a commis des excès alcooliques. Des trois sœurs de V..., deux sont en bonne santé, la plus jeune est internée à l'asile des aliénées d'Alençon depuis juin 1894, elle entend des voix, elle buvait énormément. V... a deux enfants, un garçon de sept ans et une fille de quatre ans et demi, tous deux intelligents et en bonne santé.

V... a été à l'école jusqu'à l'âge de sept ans, il sait lire et écrire ; dans son enfance et son adolescence il n'a fait aucune maladie grave. Il a été exempté du service militaire pour surdité ; cette dureté d'ouïe s'est beaucoup atténuée sans cependant disparaître complètement.

En 1891, V..., contrarié de ne pas réussir dans ses affaires, cherche une consolation dans les boissons alcooliques ; depuis cette époque, il n'a pas cessé de commettre des excès, il ne se grisait pas complètement, raconte-t-il, mais il était toujours entre deux vins. Expression d'ailleurs tout à fait impropre, car il ne buvait pas de vin, mais du cidre en quantité et aussi de l'eau-de-vie de cidre.

Le jour de Pâques 1893, V... avait bu un peu plus que d'habitude pour fêter la résurrection du Seigneur, il se promenait sans coiffure dans son jardin, quand il se sentit frappé comme d'une insolation, il avait mal à la tête et s'est mis à délirer. Ces accidents n'ont duré que quelques jours, mais trois semaines après il a contracté une fluxion de poitrine. Depuis cette époque, il a toujours mal dormi, son sommeil était troublé par des cauchemars (chute d'un lieu élevé, occupations et préoccupations professionnelles). Il éprouvait aussi des troubles de la sensibilité générale, ce qu'il exprime en disant « qu'il

avait la moelle chaude ». Au mois de juillet 1894, les hallucinations de la sensibilité générale s'accentuent. V... sent de l'électricité lui tomber sur le dos, il éprouve des piqûres, une cuisson insupportable, un jour enfin, craignant d'être brûlé, il remplit une baignoire d'eau froide et se plonge dedans. Ce jour-là, il lui semblait avoir deux personnes dans le ventre, à gauche, une femme, la sainte Vierge, à droite un homme, Dieu le Père. La sainte Vierge prononçait ces mots : « Ne fais rien, ne dis rien » ; Dieu le Père répondait : « Si, je le dirai cocu, cocu par un curé ». Les voix étaient très nettes, dit V..., et sortaient par sa bouche « *censé comme une personne ventriloque* ». Affolé par ces voix, continuant malgré le bain a être brûlé par l'électricité, V... se sauve dans le pays à moitié vêtu. Justement il rencontre le curé du village qui, le sachant malade, se met à sa poursuite et le rejoint bientôt. Mais les personnages enfermés dans son abdomen tenaient toujours les mêmes propos : « Ne fais rien, ne dis rien » ; « Si, je le dirai cocu, cocu par un curé. » En entendant ces dernières paroles, le curé fut, paraît-il, si stupéfait, qu'il s'en retourna sans plus s'occuper de son paroissien.

Toute la journée, Dieu le Père et la sainte Vierge continuèrent à répéter chacun leur même phrase, jamais d'autres ; mais le lendemain matin, ils avaient disparu.

Les jours suivants, V... fut encore tourmenté par l'électricité, quoique à un degré moindre, puis il revint à peu près à son état normal.

Dans le courant du mois d'août, sous l'influence de libations plus abondantes, V... devient plus dérangé : c'est toujours l'électricité qui le tourmente, il a aussi des hallucinations de l'ouïe, tout le monde jusqu'aux hirondelles lui crient « paye tes dettes, paye tes dettes », ce qui l'exaspère, car il a, en effet, de nombreux créanciers. Il tient des propos absurdes, ainsi il prétend « descendre d'un des deux chiens d'Adam ».

Sa femme, sur les conseils du médecin, se réfugie chez ses parents et le laisse seul à la maison. Le 26, jour de la fête du pays, V... fait de longues stations au cabaret, il prend du cidre et de l'eau-de-vie et contre son habitude deux verres d'absinthe. Dans la nuit du 26 au 27, il part de chez lui « comme un fou », prend le train et arrive sans un sou à Paris où il se fait bientôt arrêter, se livrant à des extravagances sur la voie publique.

M. Legras, à la préfecture de police, M. Bouchereau, à Sainte-Anne, le déclarent atteint de délire alcoolique, et le 29, il arrive dans mon service.

V... est en proie à une vive agitation et à des troubles sensoriels intenses, il entend le téléphone lui dire qu'il est le Christ, l'héritier de son Père ; il se frotte tout le corps disant

que l'électricité le brûle. Deux jours plus tard, l'agitation s'est un peu calmée : « V... nous raconte qu'il est saint Joseph, le Christ est maintenant remplacé par un enfant de Paris. Il connaît les trois personnes de la Sainte Trinité, il y en a une au chemin de fer de l'Ouest, une à Sainte-Anne et l'autre à Villejuif. V... nous montre cette dernière qui n'est autre qu'un malade de sa division ; il y a donc là illusion, mais non hallucination de la vue. V... prétend avoir une pile électrique dans le ventre, il la sent remuer et l'entend parfaitement ; il se plaint qu'on cherche à le rendre malade, qu'on lui imprime des marques sur le corps. »

Au bout de quelques jours, l'agitation disparaît, mais pendant une semaine encore, il reste un peu de turbulence nocturne et de l'insomnie. Les hallucinations de l'ouïe ont duré une vingtaine de jours. Les troubles de la sensibilité générale ont persisté plus longtemps, ils se sont atténués progressivement pour disparaître au bout d'un mois. A aucun moment, il n'y a eu d'hallucinations de la vue. Les hallucinations psychomotrices ont été des plus éphémères ; dans le premier accès, malgré leur netteté, elles n'ont duré qu'un jour.

Pourquoi maintenant le délire alcoolique a-t-il pris ici la teinte religieuse ? Je ne sais. Le fait ne peut pas s'expliquer par l'infériorité intellectuelle du sujet, car V... a une intelligence plutôt supérieure à celle des gens de sa condition ; il ne paraît pas non plus tenir aux habitudes antérieures du malade. V... n'est pas religieux ; il a été baptisé, il a fait sa première communion, il ne déteste pas la religion comme il dit, mais il ne pratique pas, il ne va pas à la messe une fois par an ; tous les soirs il sonne l'angelus, mais ce n'est pas là une preuve de dévotion, c'est un acte intéressé : il remplace moyennant finances le sacristain qui, habitant trop loin de l'église, ne peut revenir le soir.

Un détail à noter, M^me^ V..., qui est peu intelligente mais très religieuse, en voyant son mari malade, s'est figuré qu'on lui avait jeté un sort. Elle accusait un vieux bonhomme qui va de village en village pour acheter des plumes et qui est connu sous le nom de père Adam.

Une dernière remarque. Les hallucinations psychomotrices sont très fréquentes dans la folie religieuse ; dans les délires de possession elles jouent un rôle capital ; or, il est curieux, de voir que ces mêmes hallucinations,

rares dans l'alcoolisme, se sont précisément montrées dans un cas où le délire a pris une teinte mystique.

OBSERVATION II. — *Alcoolisme chronique avec accidents subaigus. — Deux accès semblables. — Hallucinations de la vue. — Hallucinations de l'ouïe prédominantes à droite au premier accès, à gauche, au contraire, pendant le second; par moments antagonismes entre les voix rapprochées qui attaquent et les voix éloignées qui défendent le malade. — Troubles psycho-moteurs.*

N... est un homme gros et gras à la face rubiconde des grands buveurs de vin; il présente dans toute la région cervicale une énorme adénite avec de nombreuses cicatrices de ganglions suppurés. N... est enfant naturel, il n'a pas connu son père; sa mère, les ascendants de celle-ci, sa sœur, n'ont jamais été atteints d'aucune maladie mentale ou nerveuse A huit ans, N... a eu une attaque de nerfs, une seule, il a été pris de tremblement, a perdu connaissance, est tombé à terre et a eu des convulsions; jamais depuis il n'a rien éprouvé de pareil.

A dix-sept ans, étant garçon marchand de vin, il a souffert pendant quelque temps de coliques accompagnées de constipation, d'anurie et de tympanisme; son médecin aurait diagnostiqué des coliques de plomb. A dix-neuf ans, variole; à vingt et un ans, fluxion de poitrine. Depuis plusieurs années, N... exerce le métier de charretier et boit une grande quantité de vin rouge à l'exclusion de tout autre liquide alcoolique; il ne fait pas de noces, comme il dit, mais il prend 5 à 6 litres de vin par jour; aussi à trente ans, a-t-il eu un premier accès d'alcoolisme pour lequel il a été interné pendant trois mois à l'asile de Vaucluse.

A trente-deux ans, N... est entré une première fois dans mon service à Villejuif; après un séjour de neuf semaines il est sorti guéri; six mois plus tard, il est revenu et a fait un nouveau séjour de même durée que la première; les deux fois il présentait les symptômes de l'alcoolisme chronique avec des accidents subaigus; les hallucinations offraient des particularités intéressantes.

Hallucinations de la vue. — N... voit des flammes, croit que le parquet est en feu; il aperçoit par terre des pièces de monnaie en argent qu'il cherche à ramasser, son fouet accroché au mur et qu'il essaie de saisir. Zoopsie : de gros lions viennent lui manger les pieds; des serpents s'enroulent autour de son cou, d'autres sortent de sa bouche, d'innombrables petits oiseaux courent sur le plancher. Enfin, à son premier accès, N... voit un cheval gigantesque, monté par un homme habillé

de noir, qui court dans l'air franchissant les maisons sans que rien puisse l'arrêter. Tous ces animaux sont muets, sauf les serpents qui sifflent. En somme, hallucinations de la vue ayant les caractères qu'elles revêtent habituellement dans l'alcoolisme.

Hallucinations de l'ouïe. — Dans le premier accès, prédominance très marquée des phénomènes hallucinatoires du côté droit et au contraire, pendant le second, prédominance de ces mêmes phénomènes à gauche. Les voix lui disent généralement des choses désagréables ; tantôt elles viennent de loin, de Vitry ou de Gentilly, tantôt de plus près, d'une pièce voisine de celle où il se trouve. Jamais il ne voit les personnes qui parlent. Quelquefois il y a antagonisme entre les voix. Les unes l'insultent, le menacent, ce sont toujours les voix rapprochées qui remplissent ce rôle, les autres le défendent, l'encouragent, ce sont toujours les voix lointaines qui s'érigent en protecteurs. Ainsi une voix partant de la cave lui dit : « Tu as insulté le commissaire de Gentilly, tu vas être tué », immédiatement la voix de sa mère venant de Paris, répond : « Ce n'est pas vrai, n'aie pas peur ». Des gens qui sont dans le dortoir à côté disent : « Nous allons le brûler avec un fer rouge. » Ses camarades de Vitry, crient aussitôt : « Tiens bon, nous allons venir te défendre. »

On voit qu'il y a là quelque chose de tout à fait analogue aux hallucinations d'attaque et de défense qu'on observe parfois chez certains persécutés et qui ont été si bien étudiées par M. Séglas. Dans le délire des persécutions, quand il existe des voies amies et des voix ennemies, parfois les unes sont entendues exclusivement par l'oreille d'un côté, tandis que les autres le sont par l'oreille de l'autre côté. Ici, les deux voix sont entendues par la même oreille, mais elles se différencient par l'éloignement ou la proximité du point d'où elles partent.

Troubles psychomoteurs. — J'emploie le terme vague de *troubles*, parce que je ne suis pas fixé sur la nature des phénomènes observés, et par suite sur la dénomination exacte qui lui convient. Voici en quoi ils consistent.

N... entend des personnes qui l'accusent de dire de vilaines choses, par exemple sa mère qui lui reproche de la traiter de p... Il n'entend pas les paroles qu'il prononce, mais des personnes qu'il ne voit pas et dont

quelques-unes sont à plusieurs kilomètres répondent à ce qu'il dit. De plus, il sent quelque chose lui sortir par la bouche et par le nez ; pour ces deux raisons il est bien persuadé qu'il profère réellement des injures. Les vilaines paroles sortent quelquefois en même temps qu'il parle d'une chose ou d'une autre, mais presque toujours quand il a fini de parler ; aussitôt qu'elles sont sorties, les voix extérieures répondent.

C'est surtout une fois guéri que N... m'a expliqué ce qu'il éprouvait; il lui semblait que « sa respiration parlait », qu'une voix sortait par sa bouche et surtout par son nez, il éprouvait dans ces organes et dans la gorge une sensation particulière, il sentait quelque chose remuer, « ça lui chauffait ».

En somme, le malade entend qu'on lui reproche de vilaines paroles, il éprouve quelque chose d'anormal dans les parties supérieures de son appareil respiratoire et vocal; il en conclut qu'il prononce réellement ces paroles, bien qu'il ne les entende pas. Qu'est-ce que ce phénomène?

C'est peut-être une *illusion* qu'on pourrait qualifier de psychomotrice. La sensation éprouvée par N... dans ses organes de la phonation lui fait croire qu'il parle.

C'est peut-être une hallucination psychomotrice élémentaire, c'est-à-dire réduite à de légers mouvements dans l'appareil de la phonation, lesquels n'aboutissent pas, en raison de leur faiblesse, à la parole articulée. Si l'on adopte cette seconde manière de voir, voici comment on pourrait peut-être expliquer la genèse du phénomène. Presque toujours le malade croit prononcer les paroles injurieuses immédiatement après qu'il a parlé comme tout le monde. Dès lors on pourrait admettre que les régions psychomotrices, mises en jeu dans les conditions normales, continuent à fonctionner automatiquement pendant un certain temps, mais avec moins de force.

Enfin il ne faut peut-être voir, comme me le disait tout à l'heure M. Séglas, dans les phénomènes présentés par mon malade qu'une hallucination de la sensibilité de la muqueuse respiratoire immédiatement suivie d'une hallucination auditive. On sait que dans le délire de persécution, il arrive quelquefois que le malade,

presqu'en même temps qu'il entend une voix qui le menace, se sent frapper sur une partie du corps. Chez mon alcoolique il s'agit peut-être d'un phénomène de ce genre.

Sur la pathogénie des attaques épileptiformes dans la paralysie générale (Hypertoxicité du sang).

M. Legrain. — Les ictus épileptiformes comptent parmi les syndromes les plus importants de la paralysie générale. Ils acquièrent souvent une gravité telle qu'ils mettent à bref délai la vie en danger, et, pour ce fait, ils sont un des modes assez fréquents de terminaison de la maladie.

Il y a donc un grand intérêt à connaître non seulement l'histoire clinique de ce syndrome, mais encore et surtout ses causes immédiates et sa pathogénie. Or l'on peut bien dire qu'à ces deux points de vue la nosographie n'est guère avancée. Les ictus épileptiformes se présentent d'ailleurs à l'observation avec des allures tellement variées, tellement protéiformes, qu'ils déroutent complètement l'esprit désireux d'en élucider le mécanisme et d'en donner une interprétation satisfaisante.

Tantôt fugaces, à peine esquissés sous forme de vertiges, ils marquent presque le début de la maladie ; tantôt, sous cette même apparence de vertiges, ils ne sont observés qu'à une époque avancée. Tantôt ils sont bruyants, imposants, et prennent les allures de l'attaque vulgaire de mal comitial. D'autres fois ils sont partiels, n'atteignent qu'un groupe ou quelques groupes musculaires : la face, un bras, le membre inférieur ; quelquefois même les secousses sont plus limitées ; je les ai vues diaphragmatiques et se présenter sous la forme du hoquet. Ailleurs ils sont purement sensitifs (épilepsie sensitive). D'autres fois encore ils sont généralisés, sidèrent brutalement le malade et l'on assiste au déroulement d'une véritable attaque d'éclampsie. Dans d'autres cas, à une première attaque peu sérieuse succède un temps de repos plus ou moins long, puis on voit éclater une série d'attaques subintrantes se succédant en nombre parfois énorme (jusqu'à 120 et 150), durant parfois trente-six et quarante-huit heures et amenant d'ordi-

naire la mort. Dans d'autres cas encore à un ictus léger succèdent des convulsions limitées qui se perpétuent pendant plusieurs semaines, laissant au malade toute la conscience dont il peut disposer, etc.

L'aspect clinique est donc des plus changeants d'un malade à l'autre. Il est bon d'ajouter que cet aspect semble beaucoup moins changeant chez le même malade aux diverses époques de sa maladie.

Mais parmi les particularités qu'offre l'histoire du syndrome, l'une des plus importantes et sur laquelle je désire insister est la suivante : l'ictus épileptiforme est un syndrome essentiellement *contingent* et, de plus, *il ne semble pas toujours en rapport ni avec l'étendue ni avec la gravité des lésions encéphalo-médullaires*. On voit des paralytiques vivre de longues années, s'éterniser en quelque sorte dans le marasme, mourir complètement épuisés, offrir des lésions absolument générales et profondes du méningo-cortex, et, malgré cela, ne jamais présenter même le plus petit vertige. On en voit même dont les membres sont toujours trémulants, qui, à propos du moindre attouchement, sont pris d'un véritable tremblement épileptoïde, chez lesquels, par conséquent, les centres sont dans cet état d'exquise irritabilité qui est si propice à l'entrée en convulsion, et qui s'éteignent pourtant sans avoir présenté le cortège émouvant des symptômes éclamptiques auxquels ils semblaient si bien préparés. Il semble qu'il leur ait toujours manqué quelque chose pour devenir des éclamptiques, à l'instar d'autres paralytiques, et je suis persuadé qu'en réalité il leur a manqué quelque chose.

En opposition avec cette catégorie de paralytiques, on en voit d'autres qui, porteurs de lésions incomparablement moins avancées, disparaissent prématurément foudroyés, à peine sont-ils arrivés au seuil de la période finale de la maladie.

Ce qu'il faut encore retenir des enseignements de l'observation journalière, c'est que les paralytiques *à attaques* s'en tiennent rarement à une seule, qu'une première en annonce d'ordinaire une série d'autres, qu'elles prennent un caractère de plus en plus marqué de gravité, et qu'à moins de complications intercurrentes ils en meurent le plus souvent. Il faut encore

noter que les paralytiques *à attaques* ne sont pas ceux en général qui sont destinés à un alitement prolongé, à une mort précédée de cette profonde altération de la nutrition, caractérisée par l'amaigrissement, l'amyotrophie, les eschares, etc. Ils meurent encore en pleine force, debout, si je puis m'exprimer ainsi.

Finalement il ressort de l'observation que le syndrome convulsif semble obéir à une cause bien spéciale, existant chez les uns, manquant chez les autres et qu'il est une sorte *d'idiosyncrasie* spéciale à certains paralytiques.

Quelle est la raison de ces différences cliniques ? Quelle est la pathogénie des syndromes convulsifs au cours de la paralysie générale ?

Je n'ai pas l'intention d'en faire l'histoire complète, car j'ai hâte d'en venir aux expériences personnelles qui, dans l'espèce, m'ont semblé avoir quelque intérêt. Je rappellerai seulement l'insuffisance, à tous égards, de l'explication qu'on donne généralement des ictus et qui masque en somme notre ignorance. Ils seraient dus, pense-t-on, à une poussée congestive plus intense du côté des lésions en voie de formation, poussée congestive qui exaspérerait l'irritabilité déjà anormalement développée du cortex.

J'ai déjà rappelé que, chez certains paralytiques, l'exagération du pouvoir excito-moteur des centres était un fait en quelque sorte permanent, et qu'il n'était pas rare de voir ces mêmes malades échapper aux convulsions généralisées. Si la cause indiquée peut jusqu'à un certain point expliquer quelques convulsions, en particulier celles qui sont limitées, je ne pense pas qu'elle suffise à les expliquer toutes. Et d'ailleurs, qu'est-ce que la congestion ? Est-ce une cause ? N'est-ce pas plutôt un effet comme la convulsion elle-même ? Et ne dérive-t-elle pas comme celle-ci de la même influence ? La congestion se traduit bien par une hyperhémie vasculaire avec élévation locale de la température. Mais y a-t-il dans ce désordre vasculaire une cause d'irritation suffisamment intense pour provoquer ces réactions générales qui ressemblent tant à l'éclampsie ? J'aperçois bien, à la rigueur, que des symptômes de collapsus, de coma, puissent succéder à ces bouffées congestives, mais je ne saisis pas, à l'aide

de cette cause seule, le mécanisme de l'irritation qui se traduira par une convulsion. Combien d'hyperhémies cérébrales, générales ou locales, en dehors de la maladie qui m'occupe, ne se traduisent jamais par ce symptôme? Expliquerait-on l'attaque vulgaire de mal comitial par l'hyperhémie corticale qui l'accompagne habituellement?

Quoi qu'il en soit, j'accepte encore l'explication proposée lorsqu'il s'agit de petites attaques, et cela jusqu'à plus ample informé; mais j'estime qu'au point de vue symptomatique il y a une sérieuse différence à établir, je crois même qu'il y a peu de relation entre ces petites attaques isolées, partielles, même celles qui s'accompagnent de phénomènes hémiparétiques, et qui sont liées au développement maximum des lésions dans certains points du méningo-cortex, et les grandes crises violentes subintrantes, généralisées, qui, comme je l'ai dit, semblent réservées à un groupe spécial de malades. Qui n'a pensé en les voyant se dérouler magistrales, fatales, aux grandes convulsions dont la cause invoquée est un empoisonnement du sang, comme l'urémie?

La même hypothèse surgit à l'esprit en présence non plus de l'attaque épileptiforme, mais de la poussée congestive qui se traduit par l'attaque apoplectiforme, moins commune, mais bien connue pourtant encore, dans l'histoire de la paralysie générale. L'urémie n'affecte-t-elle pas avec la plus grande facilité, tantôt la forme convulsive, tantôt la forme comateuse?

J'ai pensé que la solution du problème qui est encore en suspens méritait quelques recherches faites méthodiquement. C'est le résultat de quelques-unes seulement d'entre elles que je désire vous faire connaître en raison de leur netteté, me réservant de compléter ma communication ultérieurement par l'exposé d'autres expériences déjà commencées et que je tiens à poursuivre encore.

Partant de l'hypothèse que les paralytiques généraux à attaques, et en particulier à grandes attaques généralisées, éclamptiformes, sont intoxiqués, et vraisemblablement intoxiqués par les poisons de l'organisme qui concourent à la formation du poison urinaire, il fallait établir deux choses :

1° La toxémie chez le paralytique en état de mal, et,

en particulier, une toxémie capable d'engendrer la convulsion (preuve physiologique).

2° L'état maladif des grands viscères et surtout du rein, en particulier, l'insuffisance rénale (preuve anatomique).

Voici quelques-uns des faits que j'ai observés.

L..., âgé de trente-huit ans, entre dans mon service en mai 1894. Depuis une dizaine d'années, il présentait de fréquentes crises d'asthme classique. Depuis trois ans surtout il faisait, pour se traiter, un abus considérable de belladone. Il fumait une moyenne de 90 cigarettes belladonées par jour ou bien fumait la pipe sans discontinuer.

Il a souffert également, il y a une douzaine d'années, d'une endocardite, suite, dit-on, de rhumatismes. En outre, il y a huit ans, il a eu sur le front des boutons connus à Sfax, qu'il habitait en qualité d'employé colonial, sous le nom de boutons de Gafsa. Hernie inguinale. Syphilis douteuse. Quelques accès de fièvre intermittente.

La maladie actuelle, qui offre tous les caractères de la paralysie générale, a débuté sensiblement en 1892 par des défectuosités de l'humeur, du caractère, mais surtout par une inaptitude intellectuelle de plus en plus marquée : difficultés de service, troubles de la mémoire, nombreuses fautes d'orthographe, erreurs multiples dans son travail.

Un an après, il a dû cesser tout travail. Depuis trois mois, excitation intellectuelle continue, bizarreries, actes excentriques ou compromettants dont il n'avait plus la moindre conscience. Pas d'attaques épileptiformes. Accrocs dans la prononciation de certains mots, sensibles depuis un an déjà. Depuis deux mois, douleurs fréquentes dans les membres, dont quelques-unes ont le caractère fulgurant. Légère incoordination motrice.

Au moment de l'entrée, embarras très marqué de la parole, tremblement de la langue et des mains. Grande incertitude de la marche sans phénomènes ataxiques proprement dits; inégalité pupillaire ; abolition des réflexes.

Au point de vue mental, c'est la démence typique : perte de la mémoire, confusion extrême dans les idées ;

préoccupations hypochondriaques ; il parle constamment d'une névrose purement imaginaire ; idées de satisfaction, opinion exagérée de sa force, de sa puissance ; pas d'idées de grandeur à proprement parler. Il est en ce moment très excité, loquace.

Au bout de quinze jours, l'affaiblissement intellectuel a fait déjà des progrès notables ; mâchonnement continuel, démarche de plus en plus incertaine. Il mange gloutonnement.

L'excitation intellectuelle du début se calme peu à peu par la suite ; le malade présente seulement les attributs de la démence confirmée ; il est muet la plupart du temps ; c'est la vie végétative.

Le 2 octobre, attaque épileptiforme classique d'une durée de vingt minutes ; les convulsions prédominent à droite. Le malade reste hémiparétique du même côté. Les convulsions persistent dans les yeux qui sont attirés à droite dans le plan transversal, d'une façon rythmique comme dans le nystagmus.

Le 4 octobre, les mouvements ont recouvré leur intégrité.

Le 14 octobre, nouvelles poussées de contractions spasmodiques, qui s'installent tout doucement sans ictus préalable. Les spasmes sont localisés du côté droit : dans les péroniers latéraux, à l'avant-bras (flexion), au bras (abducteur), à l'épaule (élévation), à la face (la commissure droite est attirée en arrière pendant que les deux sourcils se froncent), au diaphragme (contraction subite produisant une sorte de reniflement comme dans le sanglot).

Tous ces spasmes sont intermittents, se succèdent ou coïncident sans ordre ; le malade, durant ce temps, conserve toute la lucidité d'esprit dont il peut disposer.

Pendant une quinzaine de jours, ces spasmes persistent, d'une façon presque continuelle ; puis ils disparaissent progressivement.

Le 18 novembre, à six heures et demie du soir, attaque épileptiforme violente. A partir de ce moment, les convulsions ne vont plus cesser pendant vingt-six heures. Elles sont absolument généralisées. On a l'impression qu'on assiste à une véritable crise éclamptique. Il n'y a pas, pour ainsi dire, de temps d'arrêt entre les secousses.

A sept heures, une demi-heure après le début de l'attaque, saignée de 360 centimètres cubes suivie d'une notable atténuation dans la violence des secousses. La température, de 40°,6 tombe à 39°,6, mais les secousses ne cessent pas. La température reste élevée, sans toutefois dépasser 40, et la mort survient en état de mal

Le sang, recueilli par la saignée, mis au frais, est décanté. J'en extrais 150 centimètres cubes d'un sérum opalescent, un peu dichroïque. Il est utilisé immédiatement pour les expériences suivantes.

Première expérience. — Un lapin, pesant 1,780 grammes, reçoit dans la veine marginale de l'oreille, suivant la technique habituelle pour les injections intra-veineuses d'urine (1), 40 centimètres cubes de sérum.

Voici les phénomènes observés. Peu après le début de l'expérience, légère contraction pupillaire avec exophtalmie peu prononcée, mais très nette.

A 35 centimètres cubes, les pupilles se redilatent, la respiration, qui s'était accélérée jusque-là, se ralentit tout à coup : anxiété, puis, subitement, violente attaque convulsive, avec secousses généralisées, surtout, dans le train postérieur. Suspension respiratoire, puis reprise de la respiration par mouvements précipités, comme convulsifs ; rigidité tétanique; deux ou trois inspirations profondes avec cris précédant la mort au quarantième centimètre cube.

Deuxième expérience. — Lapin pesant 1,935 grammes.

Après injection de 10 centimètres cubes, respiration très accélérée, légère exophtalmie avec rétrécissement pupillaire.

A 17 centimètres cubes, frémissement musculaire sous-cutané comme dans le frisson, exophtalmie énorme ; respiration très courte et fréquente.

A 22, même état de la respiration, mais avec dyspnée.

A 30, quelques secousses convulsives passagères.

(1) L'injection est poussée lentement, avec une vitesse moyenne de 1 centimètre cube par dix secondes, soit 6 centimètres cubes par minute.

Exophtalmie partiellement réduite ; pupilles redilatées ; respiration ralentie et très irrégulière; défécation.

A 40, attaque épileptiforme généralisée terminée par une courte phase tétanique avec cris; spasmes diaphragmatiques, suspension respiratoire ; mort.

Troisième expérience. — Lapin pesant 1,622 grammes. On observe successivement, comme plus haut : atrésie pupillaire, accélération de la respiration, exophtalmie, somnolence, redilatation pupillaire; quelques secousses convulsives passagères (30 centimètres cubes) ; repos, puis nouvelles secousses. Enfin, à 39 centimètres cubes, attaque épileptiforme généralisée; phase tétanique terminale précédée de spasmes respiratoires avec cris ; urination. Mort.

Dans les trois cas, l'autopsie des lapins s'est montrée négative. Je n'ai pas trouvé trace, en particulier, de ces coagulations vasculaires signalées par Mairet et Bosc (1) comme déterminant la mort chez le lapin lorsqu'on lui injecte le sérum humain normal. A ce point de vue le sérum de mon malade différait déjà du sérum normal en ce qu'il avait perdu la propriété coagulante. On sait que les expériences de ces deux physiologistes paraissent établir que le sang d'un animal jouit de propriétés toxiques à l'égard d'un autre animal d'espèce différente. Dans ces cas, l'animal serait tué d'une double façon, par des produits toxiques contenus dans le sérum (Rummo), et par des thromboses dues à une propriété coagulante du sérum (Hayem). L'action coagulatrice, qui tue par voie mécanique, ne s'exercerait qu'à la limite de l'action toxique, qui produit ses effets propres et qui peut tuer par elle-même. Il serait possible de séparer par des procédés chimiques les deux ordres d'agents nocifs.

On ne sait pas grand'chose en réalité sur la toxicité du sang, si ce n'est qu'il est toxique ; qu'il est d'autant plus toxique qu'il s'adresse à une espèce animale différente de celle qui a fourni la saug (le sang du lapin, dans les expérieuces de Bouchard, tue le lapin à la dose de 125 centimètres cubes par kilogramme d'animal,

(1) Mairet et Bosc. Communications diverses à l'Académie de médecine, 1893 et 1894.

tandis que le sang humain, d'après Bosc et Mairet, le tuerait à une dose infiniment moindre, en moyenne 15 centimètres cubes); on sait encore que le sérum total tue l'animal en produisant des symptômes un peu ressemblants à ceux décrits dans mes expériences ; que le sérum doit contenir un toxique qui produit ces derniers symptômes, unis à d'autres corps qui tuent par coagulation; que ces deux ordres d'agents sont probablement de nature albuminoïde ; mais on ne connaît guère le coefficient normal de toxicité du sang qui varie suivant les auteurs, et c'est une donnée capitale, si l'on veut comparer les divers résultats expérimentaux. MM. Mairet et Bosc parlent de 15 centimètres cubes par kilogramme d'animal lorsqu'il s'agit de sérum complet; je ne crois pas qu'ils aient déterminé le coefficient de toxicité du sérum privé de ses agents coagulateurs. Or, il est bien certain que si l'animal est tué par thromboses, c'est-à-dire mécaniquement, on peut bien se demander si, au moment de sa mort, tous les effets toxiques du sérum injecté ont été épuisés, et l'on ne sait avec quelle somme de centimètres cubes injectés on eût déterminé la mort, si le sérum utilisé n'eût pas joui de sa propriété coagulante.

Pour d'autres expérimentateurs, comme MM. Tarnier et Chambrelent, qui ont expérimenté sur l'animal le sérum de sang de femmes éclamptiques (1), le coefficient de toxicité serait de 10 centimètres cubes par kilogramme d'animal. Ces auteurs ne donnent malheureusement pas le détail des autopsies des animaux qui ont succombé, et l'on ignore s'ils ont été tués par thrombose.

Cette question de la propriété coagulante du sérum complique singulièrement la question et le coefficient vrai de la toxicité du sang reste tout entier à déterminer. Mes expériences serviraient tout au moins, à défaut des conclusions que j'en tirerai plus loin, à démontrer que ce coefficient est plus élevé qu'on ne l'a cru jusqu'à présent, puisque j'ai tué mes lapins avec une moyenne de 20 centimètres cubes par kilogramme d'animal et que,

(1) Tarnier, De l'éclampsie puerpérale, in *Presse médicale*, 1894.

fait capital, je n'ai trouvé nulle part trace de thrombose.

Il faudrait tenir compte encore du poids des malades qui ont fourni le sang d'expérience. On sait combien cette donnée a d'importance ; elle peut faire varier dans des proportions notables le chiffre du coefficient de toxicité, aussi bien pour le sang que pour l'urine. Or, les expérimentateurs en question n'indiquent pas les poids de leurs sujets.

J'indiquerai rapidement, avant de conclure, les résultats de l'autopsie de mon malade.

Calotte crânienne très épaisse et très dense. Ostéite condensante manifeste. Pas d'adhérences de la dure-mère.

Ecoulement d'une grande quantité de liquide séro-sanguinolent. Anfractuosités gorgées de sérosités opalescentes, d'aspect gélatiniforme. Suffusions sanguines nombreuses à la surface de l'hémisphère gauche.

Quatrième ventricule couvert de granulations fines. De même dans les épendymes ventriculaires.

La pie-mère est adhérente sur les deux hémisphères, mais surtout à gauche où les lésions de la paralysie générale sont très avancées.

Reins. Congestion intense ; dégénérescence granulo-graisseuse manifeste. Lésions anciennes. Hyperplasie vasculaire.

Rate hypertrophiée, 243 grammes ; sclérosée, traversée de part en part par de nombreuses brides fibreuses ; capsule très épaisse.

Foie volumineux, 1,632 grammes, absolument gras.

Cœur mou, flasque, surchargé de graisse, parois diminuées de volume, de teinte feuille morte. Les bords de la mitrale présentent des néo-formations molles, gélatineuses, renfermant un noyau induré.

L'*aorte* est très malade. Epaississement des parois avec lésions athéromateuses très accentuées.

Les *poumons* sont le siège d'une congestion énorme.

En résumé, mon malade présentait en outre des lésions en rapport avec la paralysie générale, d'autres lésions viscérales très nombreuses, très graves, et qui portaient surtout sur le foie, la rate et les reins.

Les deux hypothèses qui ont présidé à mes recherches me semblent avoir reçu une certaine confirmation :

1° Le sérum sanguin de mon malade convulsivant

s'est montré toxique. Bien que le coefficient de toxicité du sang normal ne soit pas arrêté d'une façon absolue, je crois pouvoir avancer que ce sérum était non seulement toxique, mais *hypertoxique*. Je me base, pour avancer ce fait, exclusivement sur les recherches de Bouchard, ayant exposé les réserves qu'il convenait de faire à l'égard des résultats obtenus par les autres expérimentateurs.

Si le sang de mon malade était hypertoxique, j'en infère qu'il était en puissance de toxémie ;

2° Cette toxémie s'est manifestée chez le malade et chez l'animal par des convulsions éclamptiformes. Les expérimentateurs, coutumiers des injections intraveineuses d'urine, ne manqueront pas de remarquer la ressemblance saisissante qui existe entre les résultats obtenus chez l'animal par l'injection du sérum toxique et ceux qu'on obtient par l'injection d'une urine convulsivante. Il s'agirait donc là d'un empoisonnement urémique ;

3° Enfin, les lésions nécroscopiques donnent une explication suffisante de cette intoxication, grâce aux profondes altérations du foie et des reins. Je n'ai pu, malheureusement, comme corollaire à mes expériences, déterminer le coefficient de toxicité urinaire de mon malade, en raison de son gâtisme, qui s'opposait à ce qu'on pût recueillir ses urines de vingt-quatre heures. Mais, m'en référant à d'autres expériences, concernant la toxicité urinaire dans la paralysie générale, je puis dire que cette toxicité est très souvent amoindrie, et elle l'est, en particulier, dans mes propres expériences, chez les paralytiques à attaques, ceux chez qui je trouve habituellement à l'autopsie des lésions organiques plus ou moins profondes. Je communiquerai ultérieurement ce genre de recherches.

Je n'aurais garde de tirer des conclusions et surtout des conclusions générales des faits que j'ai exposés, bien que le concours de la clinique, de l'anatomie pathologique et de l'expérience physiologique, semble leur donner quelque valeur positive. Je n'aurais garde non plus, en ce qui concerne les attaques épileptiformes dans la paralysie générale, d'avancer que mes résultats, pour démontrés qu'ils fussent, pourraient donner l'explica-

tion de toutes les catégories d'attaques. Mais je crois qu'ils sont de nature à faire naître quelques réflexions et à provoquer de plus amples recherches dans le sens que j'ai esquissé.

En manière de conclusion, je hasarderai les quelques hypothèses suivantes :

1° Pour l'interprétation des ictus épileptiformes et apoplectiformes de la paralysie générale, il est peut-être bon de faire abstraction des seules lésions du système nerveux central, et de voir dans certaines de ces manifestations les conséquences d'un trouble grave de la nutrition, sous la dépendance de lésions des viscères autres que le cerveau et la moelle ;

2° Dans la paralysie générale, et en particulier chez les paralytiques généraux à grandes attaques, la toxicité du sang peut être augmentée. Dans ce cas, il y aurait toxémie. Cette toxémie se traduit cliniquement par des syndromes superposables à ceux de l'urémie, convulsive ou comateuse, et qu'on dénomme attaques épileptiformes et apoplectiformes ;

3° Le sérum sanguin est le véhicule des poisons. Injecté à l'animal, il provoque, à faible dose, la mort par convulsion, et, d'une manière générale, il fait naître des symptômes rappelant ceux que produisent les injections intra-veineuses d'urines convulsivantes ;

4° Cette urotoxémie trouverait sa cause non seulement dans des lésions rénales qu'on observe fréquemment, mais aussi dans d'autres lésions des viscères tels que le foie ;

5° Les paralytiques généraux indemnes d'attaques seraient ceux qui conserveraient *in extremis* leur perméabilité rénale ;

6° Ces accidents convulsifs, témoins de désordres anatomiques viscéraux plus ou moins profonds, seraient une preuve que la paralysie générale n'est pas toujours une maladie exclusivement cantonnée dans le système nerveux central. On sait, en effet, combien sont nombreuses, en dehors des polynévrites, récemment signalées, les lésions viscérales chez les paralytiques. On connaît surtout la fréquence de l'artério-sclérose qui peut être considérée comme le trait d'union entre toutes les lésions viscérales observées ;

7° Enfin, cette conception de la pathogénie des ictus aurait une utilité pratique. Si, en effet, on ne peut, d'ores et déjà, opposer à la maladie confirmée un traitement curatif, on peut tout au moins opposer utilement un palliatif à ses symptômes les plus graves. La principale indication serait, dans l'espèce, de décharger le sang d'une partie de ses produits toxiques, en pratiquant une saignée copieuse. Cette pratique, qui n'a rien de redoutable lorsqu'elle s'adresse à des malades encore valides, m'a donné d'excellents résultats jusqu'à présent, en procurant à certains de mes malades une survie inespérée. Pourrai-je ajouter, en vertu de cette expérience thérapeutique, que le traitement s'est ainsi montré démonstratif de l'hypothèse que j'ai essayé de mettre en lumière dans le présent travail?

M. Briand. — Je ne crois pas que toutes les attaques soient dues à une toxémie; mais cela est vrai pour un certain nombre de cas, et j'ai observé autrefois avec M. Quinquaud que le sérum du sang de sujets atteints de convulsions épileptoïdes était toxique et tuait les lapins auxquels on l'injectait. On voit souvent aussi des paralytiques généraux albuminuriques cesser de présenter de l'albuminurie pendant les accès convulsifs. Enfin on obtient quelquefois l'amélioration de certains paralytiques généraux par l'injection de 1,200 à 1,500 grammes de sérum artificiel.

M. Charpentier. — Je crois que l'application des sangsues et des émissions sanguines est au moins inutile. Le malade de M. Legrain est complexe : il est peut-être alcoolique, il a pu avoir des accès palustres autrefois ; on a trouvé chez lui une surcharge graisseuse du cœur, des lésions rénales légères, etc. Il se pourrait qu'il ait eu des manifestations épileptoïdes dues à son paludisme.

M. Vallon. — Avez-vous examiné le sang des paralytiques généraux avant et sous l'influence de l'attaque? N'y a-t-il pas eu accumulation de produits toxiques sous l'influence du travail musculaire pendant l'accès?

M. Legrain. — Il faut faire la saignée dès le début de l'attaque, avant que ce travail musculaire se soit produit. Je répondrai à M. Charpentier qu'en fait d'émissions sanguines je n'ai pas parlé de sangsues, qui seraient

insuffisantes, mais de saignées, lesquelles doivent être copieuses, de 350 à 400 grammes. Dans ces conditions, j'ai obtenu une sédation.

M. CHARPENTIER. — J'ai eu une fois un accès épileptoïde au cours d'une saignée. La conclusion de M. Legrain qui se base sur l'analogie de ces attaques avec l'urémie, est peut-être exagérée.

M. LEGRAIN. — Je n'ai pas parlé de la toxicité urinaire, le malade étant gâteux. Mais dans d'autres faits, j'ai noté, surtout chez les paralytiques généraux à attaques, une hypotoxicité urinaire.

M. GARNIER. — C'est une observation intéressante sur la pathogénie des accidents épileptoïdes. Mais ce que j'approuve surtout, c'est la réserve de M. Legrain au sujet de cette pathogénie. Je suis surpris de le voir réhabiliter la saignée dans la paralysie générale. Je ne saurais m'y résoudre pour ma part chez des individus réduits à la vie végétative, et leur enlever 300 ou 400 grammes de sang, c'est leur enlever la vie.

M. LEGRAIN. — Mais ceux que j'ai saignés n'étaient pas des malades dans le marasme.

M. J. VOISIN. — Les observations et les expériences que vient de nous rapporter M. Legrain sont du plus haut intérêt. Elles nous montrent que, dans certains cas, les accès épileptiformes dans la paralysie générale, peuvent être sous la dépendance de l'auto-intoxication, comme cela peut avoir lieu chez les épileptiques, et comme j'ai tâché de le démontrer dans un mémoire déposé à l'Institut en 1893.

Nous trouvons ici, comme chez mes malades, de l'hypotoxicité urinaire avant et pendant les accès et de l'albuminurie passagère.

Le traitement employé par notre collègue est aussi à peu près le même que celui que j'emploie depuis 1892 dans mon service dans les états de mal épileptique. Je fais des injections hypodermiques de sérum artificiel trois fois par jour à la dose de 40 à 50 grammes ; je donne des bains tièdes prolongés à la température de 34 degrés, j'administre des purgations et des diurétiques, et enfin dans quelques cas j'ai pratiqué la saignée, et presque toujours j'ai obtenu de bons résultats.

M. LEGRAIN. — MM. Mairet et Bosc ont conclu de

leurs expériences que le sérum du sang d'un animal était coagulant pour un animal d'une autre espèce.

M. Vallon. — Je crois que les attaques peuvent être dues à des toxémies, mais avant tout à des congestions. Je me base sur les autopsies pour le dire, et aussi sur l'action de l'ergotine dans ces cas. Quant à la saignée, je ne l'ai jamais employée et je n'oserais pas le faire.

M. Legrain. — Je ne nie pas la congestion. Mais elle peut n'être qu'une phase de la toxémie. Il faut, du reste, distinguer entre les petites attaques et les grandes. La plupart des paralytiques généraux qui ont de la congestiou n'ont guère que de petites attaques.

La séance est levée à six heures.

Paul Sollier

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de Médecine.

ANNÉE 1893.

Il est certains sujets très importants qui reviennent presque tous les ans en discussion à l'Académie. Il en résulte chaque fois quelques acquisitions nouvelles et quelques aperçus originaux. Comme les années précédentes, on a donc, cette année, discuté, dans la savante Compagnie, sur la chloroformisation, le tétanos, l'éclampsie, etc. D'autres questions, se rapportant à la physiologie et à la pathologie nerveuses, ont également été l'objet de communications, presque toutes suivies de discussions d'un intérêt majeur; mais, pendant l'année 1893, on ne s'est pas occupé de maladies mentales, à moins cependant qu'on veuille voir, dans la thérapeutique de la neurasthénie, un chapitre de psychiatrie; M. Constantin Paul a fait une communication sur ce sujet. Voici, du reste, selon un ordre méthodique, et non selon l'ordre chronologique des séances, l'indication rapide de tout ce qui a trait à la neurologie dans le *Bulletin de l'Académie de médecine de* 1893.

I. — *Expériences sur un décapité.* — Dans la séance du 20 juin, M. Laborde, au nom d'une Commission, a lu un rapport sur un travail de M. Fayel, professeur de physiologie à l'École de médecine de Caen, intitulé : *Relation des expériences faites sur le supplicié Tardieu.*

On a fait souvent des expériences sur les décapités, mais en général et à Paris surtout, on n'a pu commencer à expérimenter qu'après certaines cérémonies sans raison d'être, et dont l'unique résultat est de faire perdre un temps précieux. Pour le décapité de Caen, le cadavre fut livré de suite après l'exécution aux physiologistes, qui purent ainsi commencer leurs observations dans la voiture même qui transportait le cadavre à l'amphithéâtre de l'École.

On constata que les réflexes oculo-palpébraux persistaient

après la mort pendant deux à trois minutes, et que le réflexe rotulien persistait pendaut quatre minutes. Ces résultats ont leur importance, ils prouvent qu'il n'y a pas, par le fait du traumatisme, un arrêt absolu de l'aetion bulbo-myélitique. Le bulbe n'a done pas, comme on l'a soutenu, une fonction essentiellement inhibitrice.

Les battements eardiaques ont eontinué pendant onze minutes et demie. L'éreetion de la verge a persisté quelque temps.

L'électrisation du eerveau, mis à nu, dans sa partie frontale *droite*, au moyen d'une couronne de trépan, donna des résultats inattendus. L'applieation des éleetrodes à la surfaee de l'éeorce a produit de violentes eontractions dans le *côté droit* de la face, dans toute la région inférieure. Après dix minutes environ, l'effet fut épuisé. On enfonça alors les électrodes jusqu'à les mettre en contaet avec la substanee grise, les mêmes effets se produisirent mais plus intenses, toujours du côté droit. Enfin, quarante minutes après le début de l'expérience, on employa le pineeau éleetrique actionné par la machine à induction, on obtint encore à droite des contraetions énergiques pendant quinze secondes, puis tout eessa. Le côté gauehe était toujours resté impassible, cependant à la fin il paraissait tendu et gonflé.

Le tronc du nerf faeial fut mis à découvert et électrisé; on produisit ainsi de violentes contractions musculaires dans les muscles innervés, mais ce n'était plus « l'horrible grimaee » provoquée par l'électrisation du eerveau.

Il y a donc eu, en somme, des réaetions motriees homologues, c'est-à-dire du côté de l'hémisphère eérébral exeité. Pour la Commission, dit M. Laborde, e'est là une erreur d'interprétation. C'est la dissémination du eourant éleetrique, son transfert au loin, qui a produit l'illusion. Les contraetions prédominantes des museles faeiaux à droite sont dues à l'action direete du courant qui s'est porté, soit aux noyaux moteurs de la base du eerveau, soit aux faiseeaux museulaires eux-mêmes. Le courant était trop fort. En outre on avait injecté, par les carotides, de l'eau chaude afin de maintenir la température de la substance cérébrale, ce qui avait aidé à la diffusion. Le côté gauche, du reste, n'est pas demeuré indemne, il a paru aux observateurs gonflé et tendu, ce qui est le résultat d'une contraction ou d'une contraeture. On en a pris le moulage, et ce moulage prouve qu'en réalité l'effet croisé s'est produit.

M. Fayel a encore fait d'autres expériences sur le sujet, une heure après la mort : il a électrisé le pneumogastrique et il a constaté une contraction violente avec accolement des cordes vocales et gonflement du ventricule du larynx. Mais, comme le fait observer M. Laborde, après un laps de temps aussi long, le nerf n'avait pas pu conserver son excitabilité propre. Il y a eu simplement, dans ce cas, propagation directe du courant électrique aux muscles du larynx.

II. — *Abcès sous-méningé.* — M. Péan a fait une communication sur un cas d'abcès sous-méningé dans lequel l'intervention chirurgicale eut un succès complet. (Séance du 28 novembre.) Ce qui n'empêche pas l'auteur de recommander une grande réserve dans l'emploi des moyens chirurgicaux, dans les maladies du cerveau et de ses enveloppes. Il faut s'abstenir, dit-il, quand la vie n'est pas menacée et que les résultats éloignés ne présentent pas de chances sérieuses d'utilité; mais quand la mort est imminente, il faut agir.

Voici l'observation : Une fillette de quatre ans reçoit, le 14 juillet, par suite d'une maladresse, une balle de revolver dans la tête; le projectile entre par l'œil et pénètre dans le crâne. L'enfant tombe à terre sans perdre connaissance. Elle est soignée à l'hôpital jusqu'au 4 août. Elle présente ensuite de l'agitation, une céphalée persistante, de la fièvre et enfin une névrite sympathique de l'œil non atteint par la balle. A ce moment elle est complètement aveugle. On guérit la névrite sympathique de cause infectieuse au moyen d'injections sous-conjonctivales de sublimé. Quelque temps après, la fièvre augmente, douleurs vagues dans les membres et paralysie du bras gauche. Puis le membre inférieur gauche s'affaiblit et les douleurs de tête deviennent très violentes. On diagnostique un abcès péri ou intra-cérébral intéressant la partie moyenne des circonvolutions ascendantes du côté droit, centre moteur du membre supérieur. L'opération décidée, on fixe le point du crâne correspondant à la partie moyenne des circonvolutions ascendantes par les procédés ordinaires et, le 26 septembre, on applique une couronne de trépan. La pie-mère incisée, on tombe sur un vaste foyer purulent renfermant 200 grammes environ de liquide. La guérison de la paralysie et des autres symptômes s'établit rapidement.

III. — *Tic douloureux.* — Dans la séance du 5 décembre, une Commission composée de MM. Duplay et Magitot, rapporteur, rendit compte d'un travail de M. le Dr Jarre (de Paris),

ayant pour titre : *Recherches sur la névralgie spasmodique ou tic douloureux de la face. Pathogénie et traitement.*

D'après M. Jarre, et la Commission académique semble reconnaître un véritable mérite à son travail, le tic douloureux, névralgie spasmodique ou épileptiforme, est dû à une lésion périphérique des extrémités terminales du nerf de la cinquième paire. Le lieu exact et invariable de cette lésion est dans une région plus ou moins étendue du bord alvéolaire de l'une ou de l'autre mâchoire. Cette région est le siège d'une cicatrice consécutive à des accidents antérieurs divers. Le siége intracicatriciel de lésions originelles, rapproche le tic douloureux de l'affection dite névralgie des édentés, ainsi que de la névralgie du moignon des amputés ; ces deux affections sont, on le sait, d'origine cicatricielle. Le traitement enfin consiste dans l'ablation d'un segment du bord alvéolaire, comprenant le foyer originel du mal.

Les résultats actuels de la pratique du Dr Jarre permettent d'espérer qu'aujourd'hui la thérapeutique est en possession d'un moyen simple, rapide et inoffensif, de guérison du tic douloureux, jusqu'à présent classé parmi les affections incurables.

IV. — *Sutures nerveuses.* — Dans la séance du 7 mars, M. Berger communiqua une observation de suture nerveuse suivie de la réapparition rapide de la sensibilité dans les parties anesthésiées. Cette communication fut le point de départ d'une discussion très importante. M. Laborde fut amené à exposer les théories modernes sur les propriétés intrinsèques des nerfs et sur le mode de régénération de ceux-ci après leur section, ce qu'il fit avec son talent habituel. Cette digression physiologique constitua en réalité le fond de la discussion, car la clinique s'effaça devant la physiologie. Mais voici d'abord l'observation de M Berger.

Une fillette de dix ans présente une section du cubital à la partie moyenne de l'avant-bras, suite d'une plaie par instrument coupant. La cicatrice est un peu douloureuse au toucher. Anesthésie des parties innervées par le cubital, paralysie avec atrophie des muscles de l'hypothénar et des deux derniers interosseux, troubles trophiques de la peau qui est lisse, violacée.

L'opération consista à découvrir les extrémités sectionnées du cubital, elles étaient distantes l'une de l'autre de 1 centimètre ; à les réséquer, elles étaient constituées par une petite tumeur, sorte de névrome ; et enfin à les suturer ensemble au

moyen de quatre sutures latérales en soie fine. Dès le surlendemain de l'intervention, la sensibilité reparaissait dans toutes les parties anesthésiées. C'est ce rétablissement précoce de la sensibilité qui mérite d'être retenu, et comment l'expliquer? Il existe des observations analogues à celle-ci, le fait n'est pas isolé. On a vu, une fois, la sensibilité réapparaître un quart d'heure après la mise en contact des extrémités nerveuses sectionnées.

On pourrait assimiler le nerf à un conducteur électrique et supposer que, de même que le courant électrique se propage dans le conducteur, dès que le contact est établi entre les deux extrémités de celui-ci préalablement sectionné, de même le courant nerveux se rétablit dans un nerf sectionné dès que les extrémités sont exactement rapprochées et que la contiguïté est exacte. Il n'en est rien, une telle hypothèse est en contradiction avec les données de la science sur la physiologie des nerfs, et M. Laborde l'expose clairement à l'Académie (séance du 21 mars).

Dans un nerf sectionné, dit le savant physiologiste, le fonctionnement n'est rétabli qu'après que le travail nécessaire de régénération est accompli, et que la continuité des éléments est réparée. La contiguïté la plus parfaite ne suffit pas pour expliquer la réparation fonctionnelle. Mais dans des cas cliniques comme, par exemple, dans celui de M. Berger, certains éléments en imposent et font croire à la réalité du rétablissement de la fonction ; ces éléments sont : la sensibilité récurrente ou d'emprunt, la suppléance par les relations anastomotiques normales ou accidentelles, et enfin cette doctrine physiologique de l'arrêt fonctionnel ou inhibition et de la dynamogénie nerveuse.

On connaît bien, depuis les travaux de M. Ranvier, le mécanisme de la régénération de la substance nerveuse. L'extrémité en communication avec le centre trophique du nerf, l'extrémité centrale, bourgeonne ; des expansions périphériques, constituées par les divisions des cylindre-axes, vont, soit à la périphérie de l'organe, soit à l'extrémité périphérique du nerf sectionné, remplaçant dans les gaines de Schwann les cylindre-axes dégénérés, car l'extrémité périphérique séparée de son centre trophique dégénère toujours. Tel est le travail de bourgeonnement nécessaire à la reconstitution du nerf sectionné, et ce n'est qu'après qu'il est accompli que le nerf a retrouvé sa propriété de transmettre, soit les impressions sensitives, soit les excitations motrices, soit les deux ordres de phénomènes à la fois, selon que

le nerf est sensitif, moteur ou mixte. — Mais l'indication thérapeutique d'établir la contiguïté des extrémités après la section reste, elle est même très importante, car la contiguïté des extrémités ne peut qu'être favorable au travail de reconstitution.

Si la sensibilité réapparaît parfois avant que le travail de réparation se soit effectué, la raison en est principalement dans la sensibilité récurrente. Pour que la sensibilité récurrente se manifeste, il est nécessaire que le sujet soit, pour ainsi dire, guéri de son traumatisme. Quand, au laboratoire, on recherche cette sensibilité récurrente, on doit attendre que l'hémorragie ait cessé, que le choc opératoire se soit dissipé, sinon on ne la constate pas, et c'est pourquoi dans les observations du genre de celle de M. Berger, la sensibilité ne réapparaît ordinairement que quelque temps après la section. L'excitation sur le nerf elle-même, qui résulte de l'opération de la suture, développe aussi une action dynamogénique capable de faire réapparaître la sensibilité récurrente, de faire réapparaître aussi la sensibilité collatérale. Il ne faut pas oublier, en effet, que la sensibilité d'emprunt en impose souvent pour la sensibilité du nerf lui-même.

M. Le Fort n'est cependant pas convaincu par les arguments de M. Laborde, il reste toujours partisan de cette thèse que M. Laborde qualifie hérétique, à savoir que le courant nerveux peut se rétablir, après la section, dès qu'on a rétabli la contiguïté des fragments ou peu de temps après, en tout cas bien avant que la contiguïté soit devenue continuité. C'est là pour lui un fait clinique, un fait d'observation, et les théories doivent s'incliner devant les faits. Et il discute un à un les arguments de M. Laborde. (Séance du 25 avril.)

M. Le Dentu prend part à la discussion, il semble bien qu'il partage en principe l'opinion de M. Laborde qui est l'opinion classique, mais il trouve qu'un certain côté de la question reste irrésoluble au moyen des acquisitions scientifiques actuelles. Comment expliquer la disparition rapide des troubles trophiques? On ne peut le faire qu'en faisant intervenir la dynamogénie; or, nos connaissances sur ce point sont encore bien vagues.

M. Laborde constate que M. Le Fort est seul de son avis, et il revient une fois encore sur la physiologie des nerfs, il y reviendra à nouveau plus tard, dans la séance du 23 mai, à propos d'un travail de M. Dayot fils, intitulé : « Condition de la régénération organique et fonctionnelle à la suite de la suture

nerveuse », travail sur lequel l'Académie l'avait chargé de faire un rapport.

Il s'agit d'abord d'une expérience de laboratoire qui rend évidente la ruine de l'hypothèse du rétablissement de la sensibilité par la simple contiguïté des bouts d'un nerf sectionné. Sur un chien ou un lapin les deux nerfs vagues sont mis à nu. On détermina le courant minimum qui, appliqué sur l'un ou l'autre de ces nerfs, est capable de produire d'une façon nette l'arrêt du cœur.

Cela fait, on place sur l'un des nerfs, le gauche par exemple, un fil d'attente traversant le cordon nerveux à une distance de 1 centimètre, de façon à pouvoir, après la section, établir immédiatement le rapprochement exact des deux extrémités sectionnées. Une aiguille à drapeau est enfoncée dans le cœur à travers un espace intercostal. Si on sectionne le nerf vague gauche et qu'immédiatement, au moyen du fil d'attente, on rapproche les fragments, un courant appliqué au-dessus ne produit plus aucun effet.

Ici, abandonnant son rapport et revenant à la discussion non encore close, le savant physiologiste rappelle que l'élongation d'un nerf, si elle est modérée, produit de l'hyperexcitation et que si au contraire elle est complète, elle produit un arrêt total portant surtout ou exclusivement sur la sensibilité. C'est sans doute par le second mode que l'élongation agit dans les cas d'hyperalgie; mais c'est sans doute par le premier mode qu'elle agit dans certains cas de réapparition précoce de la sensibilité après les sutures nerveuses, car il faut noter que l'on pratique nécessairement l'élongation du nerf pendant les manœuvres nécessitées par sa suture.

Parmi les observations rapportées précédemment par M. Le Dentu, observations de disparition des troubles trophiques après les sutures nerveuses, il en est certainement dans lesquelles on peut supposer que l'élongation a été telle qu'elle a réveillé le travail nutritif dans les régions innervées. Il en est d'autres qui sont réellement paradoxales et qui tendraient à faire admettre l'existence de nerfs trophiques, ce sont celles dans lesquelles les troubles trophiques disparaissent sans que la sensibilité se rétablisse d'une façon permanente. Cependant Vulpian et bien d'autres physiologistes ont noté la solidarité qui existe entre les phénomènes de sensibilité et les phénomènes trophiques. Aussi faut-il attendre encore, avant de résoudre le problème posé par M. Le Dentu.

Voici le fait de M. Dayot : suture secondaire du sciatique à la partie moyenne de la cuisse, chez un homme de trente-huit ans. (Lésion du nerf à la suite d'une chute avec une faux sur l'épaule. Troubles trophiques du membre inférieur, atrophie, peau violacée, œdème, mouvements du pied et des orteils abolis.) — Vingt-quatre heures après l'opération, la région insensible est bien moins étendue, mais les sensations sont imparfaites et retardées, nulle part les deux pointes du compas ne sont senties distinctement. Petit à petit la guérison s'établit, mais elle ne fut jamais parfaite; ainsi le membre resta toujours un peu atrophié, la peau écailleuse. Il semble bien que la sensibilité qui s'est manifestée vingt-quatre heures après l'intervention soit de la sensibilité récurrente; on sait que celle-ci a pour caractéristique d'être un peu obtuse, jamais elle ne permet de percevoir les deux points de l'œsthésiomètre. Quant à la sensibilité propre du nerf, elle s'est rétablie progressivement, au fur et à mesure que le nerf lui-même se réparait.

Là, se termine cette importante discussion, instructive au premier chef, mais dont je n'ai pu donner qu'une analyse trop sommaire.

V. — *Accidents de la chloroformisation.* — On peut dire que c'est là une question d'une façon permanente à l'étude, à l'Académie; il n'y a pas d'année qu'elle ne vienne en discussion. Dans la séance du 11 juillet, M. Laborde fait une communication sous ce titre : *Sur le mécanisme physiologique des accidents primitifs (syncope cardiaque et respiratoire) de la chloroformisation par une nouvelle expérience.*

M. A. Guérin avait conclu de son observation clinique, dit M. Laborde, que les accidents primitifs de la chloroformisation étaient le résultat d'un réflexe dont le point de départ se trouvait dans les branches terminales des nerfs sensibles de la muqueuse nasale, c'est-à-dire dans les expansions terminales du trijumeau. Il vient démontrer (M. Laborde) expérimentalement la réalité de cette proposition.

Un lapin est trachéotomisé et on place dans l'ouverture du larynx une canule qui se termine par un pavillon. Il est facile de faire arriver au moyen d'un tube dans ce pavillon et ensuite dans les poumons des vapeurs de chloroforme qui ainsi ne passent pas par le nez. Un pneumo-cardiographe recueille et transmet, à l'aide d'un levier vertical, les mouvements cardiaques et respiratoires. Tant que l'on chloroformise l'animal par la canule, les mouvements respiratoires et cardiaques

restent normaux ; vient-on à placer sous le nez une éponge imbibée de chloroforme, le levier s'arrête complètement. — Contre-expérience : On insensibilise la muqueuse nasale avec la cocaïne, ou, ce qui est plus démonstratif, par la section du trijumeau, les inhalations par le nez des vapeurs de chloroforme ne modifient plus les mouvements du levier indicateur.

Cette expérience est démonstrative au premier chef. La conclusion pratique est de ne donner au début le chloroforme que par la bouche ; plus tard, c'est inutile, la muqueuse nasale étant insensibilisée.

M. Guérin, dans la séance suivante, dit qu'il n'est pas absolument d'accord avec M. Laborde. Pour lui, la syncope cardiaque est due *exclusivement* au réflexe en question, et la syncope pulmonaire s'explique par le même mécanisme. A la vérité l'expérience de M. Laborde ne démontre pas cette seconde proposition, cependant M. Guérin affirme que les nerfs nasaux influencés par le chloroforme transmettent, par l'intermédiaire du bulbe, cette influence aux pneumogastriques, laquelle influence tend à gêner, sinon à suspendre, la respiration, non par inhibition du laryngé supérieur, mais par inhibition du laryngé inférieur qui anime les muscles du larynx et, en particulier, les crico-arythénoïdiens postérieurs qui paraissent être les seuls muscles respiratoires du larynx.

M. Guérin profite de la circonstance pour rappeler que c'est lui qui, il y a vingt-deux ans, le premier a soutenu que des maladies sont engendrées par des corpuscules que M. Pasteur a comparés au ferment de la bière. Il est certain que cela n'a aucun rapport avec la neurologie ; mais il me semble qu'il ne faut laisser échapper aucune occasion de vulgariser une pareille question de priorité.

VI. — *Du procédé des tractions rythmées de la langue dans les diverses asphyxies et dans la mort apparente qui en est la suite.* — Le procédé des tractions rythmées de la langue dans le traitement de l'asphyxie qui est dû, on le sait, à M. Laborde, est, paraît-il, supérieur aux procédés anciens de la respiration artificielle. D'après son auteur, il leur serait préférable dans toutes les circonstances, même dans l'asphyxie des nouveau-nés, c'est ce qu'il s'est efforcé de démontrer dans une série de séances à l'Académie. Il semble bien avoir convaincu tout le monde, même les maîtres accoucheurs de la savante Compagnie. Cette question est revenue en discussion sous une forme ou sous une autre, soit au point de vue physiologique, soit au point

de vue clinique, dix fois, c'est-à-dire qu'elle a occupé une bonne partie de dix des séances de l'année.

Nous trouvons d'abord une observation du Dr Laborde (de Biarritz) présentée par M. Laborde dans la séance du 3 janvier. C'est un cas de mort apparente par asphyxie chez un enfant au voisinage de la naissance, traité avec succès par le procédé des tractions rythmées de la langue. Puis une autre observation presque semblable due au docteur Christoyanoski (10 janvier).

Dans la séance du 11 juillet, M. Laborde fait une longue communication sous ce titre : *Contribution nouvelle à l'étude et aux applications du procédé des tractions rythmées de la langue dans les diverses asphyxies et dans la mort apparente qui en est la suite. Détermination expérimentale du mode d'action ou mécanisme de ce procédé.* C'est un exposé magistral de la question.

L'auteur commence par indiquer les applications cliniques du procédé, et il énumère les succès obtenus avec lui : 1° chez les nouveau-nés. Il résume une série de cas d'enfants venus au monde en état de mort apparente et rappelés à la vie par les tractions rythmées de la langue. Dans quelques-uns de ces cas, tous les moyens classiques avaient échoué et c'est quand, en désespoir de cause et avant d'abandonner l'enfant qu'on considérait comme mort, on tentait les tractions que la respiration se rétablissait petit à petit. 2° Dans les asphyxies toxiques : asphyxiés par le gaz des égouts qui reviennent à la vie après quelques minutes de tractions rythmées de la langue. Empoisonnement par une très forte dose de bromidia chez un aliéné ; état de mort apparente, guérison (le bromidia est un mélange de bromure et de chloral). 3° Asphyxie tétanique : histoire d'un enfant pris de tétanos à la suite d'une plaie par arme à feu. Pendant une crise tétanique, l'enfant asphyxie et reste en état de mort apparente; après deux minutes de tractions de la langue la respiration se rétablit. Malheureusement la mort survient plus tard pendant une autre crise. Les accidents de la chloroformisation sont justiciables aussi du procédé. C'est dans cette catégorie, ou du moins à côté d'elle, qu'il faut placer le cas de cette petite fille qui succombait à une méningo-encéphalite tuberculeuse. Il est dû au Dr Coutenot (de Besançon). L'enfant expire pendant la visite, après une heure d'agonie. Le cadavre est chaud, la face et les extrémités sont violacées, de la bave s'écoule par la bouche, pupilles dilatées, pas de respiration, insensibilité à toute excitation, pas de battement du cœur. Le Dr Coutenot a l'idée de pratiquer les tractions rythmées. Après trois minutes, la

lividité de la face est moindre ; après quatre minutes, les ailes du nez remuent un peu ; plus tard, mouvement des côtes et action du diaphragme manifestes. La lividité violacée fait place à de la lividité pâle, on perçoit un fil à la radiale et un léger sursaut du cœur. Après dix minutes enfin, la respiration est rétablie, on entend le murmure respiratoire et les deux bruits cardiaques. Mais on ne pouvait naturellement pas espérer la guérison ; après cinq minutes de résurrection, tout s'affaiblit graduellement et les symptômes disparaissent dans l'ordre de leur venue. Il est bien certain que cette observation ne vise pas à des conclusions pratiques, elle prouve seulement la puissance du procédé qui est capable de rappeler la vie, alors qu'elle avait disparu de tous les organes, et que le bulbe seul avait conservé encore un peu d'excitabilité.

La conclusion de tout ce qui précède est, en somme, d'user du procédé des tractions toutes les fois qu'il y a suspension et non extinction de la vie. La mort, en effet, n'est pas instantanée, elle se produit d'une façon variable selon les circonstances qui la produisent, les idiosynerasies, les qualités nerveuses et vitales des sujets. Chez la petite fille dont il vient d'être question, le bulbe était le refuge des derniers vestiges de la vie.

En poursuivant notre énumération, nous arrivons : 4° aux asphyxiés par strangulation : il est facile de se rendre compte de la valeur du procédé dans la strangulation en expérimentant sur des chiens; ces animaux inertes, la langue pendante, presque morts, sont rapidement rappelés à la vie.

Voici maintenant le mécanisme physiologique du procédé : les tractions rythmées de la langue produisent une excitation primitive sur les nerfs que peuvent atteindre les tractions, puis il y a répercussion de cette excitation sur les principaux nerfs moteurs des muscles respiratoires. Les nerfs sensibles sont le glosso-pharyngien, le lingual, les nerfs sensibles du larynx et de la trachée, surtout le laryngé supérieur. L'influence de ce dernier est sinon exclusive, du moins très prépondérante. Une preuve : un chien qui, après asphyxie par submersion, a été facilement rappelé à la vie, subit la section des deux laryngés supérieurs. Si, ensuite, on l'asphyxie à nouveau par submersion, on ne peut plus le rappeler à la vie par les tractions, ou bien il est très difficile d'y arriver par ce procédé. Le réflexe bulbo-myélitique est donc mis en jeu principalement par le laryngé supérieur, puis par les branches broncho-pulmonaires du pneumogastrique, enfin par le glosso-pharyngien et le lingual, et ce

réflexe aboutit aux muscles respiratoires, mais avant tout et surtout au phrénique ; c'est, en effet, par le diaphragme que la respiration commence à se manifester.

Ici, est donné, d'une façon incidente, le résumé d'un travail du Dr Marcschal sur les heureux résultats du procédé de la langue dans la mort apparente après submersion, et sur la technique de ce procédé.

Tel est le résumé succinct, mais précis, de la communication de M. Laborde. Mais les accoucheurs, M. Tarnier entre autres, avouent qu'on rappelle très bien à la vie par les procédés anciens, surtout par l'insufflation, en réalité assez difficile à pratiquer, des nouveau-nés en état de mort apparente depuis très longtemps parfois. La discussion s'établit sur ce point, M. Laborde multiplie ses observations, il prouve qu'alors que l'insufflation a échoué, les tractions réussissent souvent. On tombe d'accord que l'insufflation, au moyen d'une sonde introduite dans le larynx, est une opération difficile qui demande une grande expérience, et qu'en somme les tractions faciles à pratiquer doivent être employées dans l'asphyxie des nouveau-nés.

Pour terminer, M. Lancereaux rappelle que les injections de morphine ramènent à la vie des sujets en état de mort apparente à la suite d'accès de suffocation. M. Laborde affirme que, dans toutes les circonstances possibles, les tractions rythmées sont supérieures à tous les autres procédés.

VII. — *Tétanos*. — Le sujet à l'étude est de savoir si l'intervention chirurgicale est indiquée dans le tétanos. M. Berger (séance du 23 mai) expose brièvement un certain nombre d'observations dans lesquelles l'amputation et les larges débridements semblent avoir amené la guérison des tétaniques. Aussi se montre-t-il partisan de l'intervention chirurgicale, bien supérieure aux injections de sérum immunisé; mais quand on ampute, il faut chloroformiser les sujets, ce qui n'est pas aussi dangereux qu'on l'a dit, et amputer dans les tissus sains.

M. Verneuil n'est pas enthousiaste de l'amputation, loin de là ; du reste, il expose dans une longue communication, qui occupe deux séances, la thérapeutique complète, peut-on dire, du tétanos.

Ce n'est peut-être pas ici le lieu de résumer cet excellent chapitre de thérapeutique, ce serait sortir de la neurologie pour empiéter sur la pathologie externe. Dans ce travail, l'éminent chirurgien se montre, comme toujours, à la fois chirurgien et médecin. Je dirai seulement que M. Verneuil, qui a tant fait

pour établir définitivement la doctrine de l'origine microbienne du tétanos, est cependant tout à fait sceptique en ce qui concerne la valeur des injections de sérum antitoxique. Je passerai absolument sous silence la réponse de M. Péan à M. Verneuil, réponse dans laquelle revient une allusion malheureuse aux fameuses pinces.

VIII. — *Eclampsie.* — M. Charpentier expose, le 10 janvier, les différents traitements de l'éclampsie et il voudrait savoir l'opinion de ses collègues sur l'opportunité de l'intervention obstétricale dans cette affection. Il est à noter qu'il n'a pas été répondu à cette question. En revanche, la communication de M. Charpentier a amené MM. Guéniot et Tarnier à donner la pathogénie de l'éclampsie et le traitement de celle-ci. Comme il s'agit d'une maladie convulsive, je dois mentionner leur théorie dans ce compte rendu.

L'éclampsie, dit M. Guéniot, résumant ainsi l'opinion générale, se compose de deux éléments : une toxémie, quel qu'en soit l'agent, et une hyperexcitabilité des réflexes. Selon les cas, ces deux éléments fondamentaux se trouvent différemment associés, d'où la forme hypertoxique ou maligne et la forme névrosthénique ou bénigne de l'affection. Il existe une troisième forme, forme commune, dans laquelle les deux facteurs sont associés d'une façon égale. Mais cette division pathogénique ne trouve sa justification que dans les extrêmes, au point de vue symptomatique.

Que peut-on faire contre la toxémie? Rien, sinon la saignée générale qui dépouille l'organisme d'une partie de son sang, et, par suite, d'une partie des toxines contenues dans ce liquide. Contre l hyperexcitabilité on est mieux armé, on a le chloroforme et le chloral dont l'action est, du reste, absolument similaire. Ces agents thérapeutiques doivent être employés à dose suffisante et pendant un certain temps.

M. Tarnier (séance du 17 janvier) insiste sur la puissance du lait au point de vue prophylactique. Il va presque jusqu'à affirmer que si on suivait les femmes enceintes dès que la grossesse est arrivée au quatrième mois environ, et si on les soumettait au régime lacté aussitôt que l'on soupçonnerait chez elle la toxémie, on éviterait certainement l'apparition de l'éclampsie. L'albuminurie gravidique doit être considérée seulement comme un symptôme d'un état toxémique antérieur, et il se peut que l'auto-infection produise l'éclampsie sans qu'il y ait albuminurie, quoique la chose soit rare. On peut, du reste,

mesurer la toxicité du sang en expérimentant sur des animaux après avoir établi la quantité de sérum du sang d'un individu sain, nécessaire pour tuer 1 kilogramme de l'animal sur lequel on expérimente.

IX. — *Transfusion nerveuse dans la neurasthénie* — Tel est le titre d'une communication faite par M. Constantin Paul dans la séance du 25 avril. En voici les conclusions :

La neurasthénie est un épuisement nerveux, il y a rupture de l'équilibre entre l'alimentation et l'énergie, non par défaut de l'alimentation, mais par excès des dépenses, le plus souvent des dépenses psychiques et génésiques. La neurasthénie peut être physiologique à la fin de la vie, et c'est ce qu'on désigne improprement sous le nom de ramollissement sénile, c'est la fin naturelle et malheureusement trop rare de l'homme.

La neurasthénie est produite par un épuisement des forces ne permettant plus au système nerveux de se recharger de forces nouvelles suffisantes pour les dépenses journalières de la vie.

La transfusion nerveuse faite avec une dilution de la substance grise cérébrale, du mouton habituellement, provoque la production de nouvelles forces nerveuses. C'est un tonique nerveux par excellence. Le premier bienfait procuré est le retour du sommeil ; le sommeil est la condition nécessaire pour la transformation des forces alimentaires en forces physiologiques. Ces forces reviennent le plus souvent dans le même ordre, d'abord l'émotivité diminue, les sens se réveillent, l'intelligence se développe, puis l'appétit revient, les forces physiques augmentent. A ce moment, la thérapeutique ordinaire redevient active, alors qu'elle n'agissait pas auparavant. Enfin, la virilité peut reparaître à son tour comme complément de la guérison.

En énumérant ainsi les effets de la transfusion nerveuse, M. Constantin Paul fait allusion, sans beaucoup insister, à une proposition de physiologie qui est loin d'être établie scientifiquement, mais dont l'importance, si elle répond à la réalité, n'a pas besoin d'être signalée. L'organisme absorberait peut-être de l'azote pris dans l'atmosphère, et non plus dans les aliments. Cet azote assimilé par l'organisme animal, en dehors des aliments absorbés, coopérerait d'une façon particulière à la production de l'énergie, ce serait cette fonction spéciale que la tranfusion réclamerait surtout.

Encore une fois, malgré quelques expériences faites dans le but d'en démontrer le bien fondé, cette théorie reste très hypothétique.

L. CAMUSET.

Société des névropathologistes et aliénistes de l'Université impériale de Moscou.

ANNÉES 1891-1892.

La Société des névropathologistes et aliénistes de Moscou a été fondée en 1890 (le Pr Kojevnikov, président ; M. Rot, vice-président, et M. Korsakoff, secrétaire). Elle comptait, en 1892, trois membres honoraires : les Drs Charcot, Magnan et Merjeevsky, vingt-sept membres titulaires, vingt-neuf membres correspondants et un membre associé.

La Société a rapidement conquis l'estime du monde médical et des autorités. Le Conseil général de Moscou (Zemstvo) lui a soumis les plans d'un asile à créer ; le directeur de l'Assistance publique lui a demandé une classification pouvant servir de base aux statistiques officielles. Nous allons maintenant donner une idée de ses travaux scientifiques, en analysant quelques-unes des communications (1).

La séance du 20 octobre 1892 a été occupée par le rapport annuel du secrétaire et par deux communications : 1° *sur l'hérédité dans les maladies mentales et nerveuses*, par M. Ozeretzky, et 2° *sur la folie à deux*, par M. Konstantinovsky. Chaque auteur a présenté une sorte de revue générale avec quelques observations personnelles à l'appui.

Dans la séance du 15 novembre, le Pr Bobroff a rapporté l'observation concernant une jeune fille de dix ans qui, à la suite d'une chute, a eu une fracture comminutive de l'os pariétal et frontal gauches avec perte de connaissance, vomissements, incontinence d'urine et plus tard aphasie, hémiplégie, hémianesthésie et strabisme externe du côté droit. Une mobilité anormale de la boîte osseuse, l'hémorragie nasale et auriculaire à gauche, la paralysie du moteur commun indiquent qu'il s'agissait également d'une fracture de la base du crâne. Le lendemain de l'accident, on fait une incision du cuir chevelu, l'enlèvement des esquilles produit un défaut de la paroi cranienne de 6 centimètres sur 3 au sommet d'où part une fêlure intéressant toute l'épaisseur du pariétal gauche, dont la partie interne présente une mobilité anormale. On constate d'abord une

(1) *Protokoli zassiedanii obstchestva nevropatologov i psychiatrov pri imperatorskom moscovskom ouniversitietie* (Comptes rendus des séances de la Société des névropathologistes et aliénistes de l'Université impériale de Moscou). Moscou, 1892.

légère amélioration : l'aphasie et l'hémiplégie sont moins accusées ; mais bientôt apparaissent des mouvements convulsifs, limités d'abord au côté droit et se généralisant ensuite. Au bout d'un an, ces accès cessent, mais reviennent dans le cours de la troisième année. En même temps on constate le développement d'une scoliose. Le Pr Bobroff a recours à une opération ostéoplastique. Un lambeau cutano-osseux est appliqué sur la solution de continuité de la boîte cranienne, la réunion ne tarde pas à se faire. La première opération de ce genre a été faite par Kœnig en 1890 et deux autres semblables ont été pratiquées, après celle de Bobroff, par Schonborn et Wolf. Pendant l'opération on détruit de nombreuses brides fibreuses entre la dure-mère et l'arachnoïde. Un an après l'opération la malade présentait une très légère parésie des membres droits, la parole est plus facile, les accès convulsifs sont moins fréquents, la scoliose et l'hémianesthésie persistent. Le Pr Bobroff se demande si cette opération ostéoplastique est indiquée toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une perte de substance des parois du crâne. Cette communication a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Kojevnikov, Rossolimo, Darkschevitch, etc... On est d'accord que la section des brides tendineuses entre la dure-mère et l'arachnoïde était certainement d'une grande utilité. Les avis se partagent sur la question à savoir si la perte de la substance osseuse et les modifications de la circulation cérébrale qui en résultent doivent être considérées comme cause des troubles nerveux et si l'opération ostéoplastique est indiquée dans ces cas. D'une façon générale, il paraît rationnel de mettre le crâne dans les conditions normales de son existence, mais il faut attendre que d'autres faits viennent confirmer cette opinion.

Séance du 20 décembre 1891. — Le Dr Rot présente deux malades atteints d'atrophie musculaire progressive (type Charcot-Marie) débutant par les muscles des jambes et des pieds. L'auteur rappelle qu'il a le premier séparé cette forme des autres, mais qu'elle n'a pris une place à part dans le cadre des myopathies qu'à la suite de la description qu'en ont donnée les deux auteurs cités.

Chez les deux malades l'atrophie a débuté par les muscles des pieds et de la partie antéro-externe des jambes, et a atteint plus tard les parties périphériques des membres supérieurs.

M. Rot a pu réunir cent neuf cas de cette maladie, tant personnels que publiés par les auteurs. Le seul moment étiologique

paraît être l'hérédité. L'auteur croit qu'on peut établir une sorte de gradation pour les différentes formes de l'atrophie musculaire par dégénérescenee héréditaire, en eommençant par les atrophies sans lésions nerveuses, atrophies avec lésions des nerfs périphériques seulement, avec lésions périphériques et lésions des cordons de Goll, atrophies avec lésions des nerfs, des cordons postérieurs et latéraux. A cette série, il faut ajouter la maladie de Friedreich pure sans lésions des muscles ni des nerfs.

Le Dr Katovitseh examine la possibilité de remplacer le courant galvanique par les courants dynamo-électriques et indique les expérienees faites à ce sujet. Le Dr Rossolimo se demande à ee propos si, en général, les eourants électriques, quels qu'ils soient, ont une action réelle sur les nerfs malades ; il est enclin à eroire que les effets observés sont dus, au moins en grande partie, à la suggestion.

Séance du 17 janvier 1892. — M. Darkschevitch relate les résultats de ses expérienees sur les modifieations des parties centrales d'un nerf moteur atteint dans son bout périphérique. Il a opéré par arrachement et réseetion des nerfs facial, hypoglosse, sciatique. Dans tous les cas, il a trouvé des modifications pathologiques dans les racines, dans le trajet intra-cérébral ou médullaire et dans les cellules des noyaux d'origine de ces nerfs moteurs. Les racines du nerf ont diminué de volume, et partout on trouvait des petits globes noirâtres caractéristiques, des fibres nerveuses à enveloppe de myéline altérées. M. Darksehevitch croit que ces faits pourront éclaireir la pathogénie des névrites et de certaines formes d'atrophie musculaire.

M. Idanoff étudie l'étiologie des psyehoses post-puerpérales. Il a trouvé l'hérédité dans 56 p. 100 des cas ; aussi trouve-t-il non fondée l'opinion de Schüle, qui croit que l'hérédité n'a rien à voir dans ces psychoses. Il eonsidère également comme mal fondée l'opinion contraire (Arndt, Gorsky). Il constate que les primipares sont plus souvent atteintes. Comme causes prédisposantes, il invoque les troubles profonds de nutrition, l'appréhension, la honte, etc. Comme cause déterminante, l'auto-intoxieation ; il croit que, dans beaucoup de cas, cette intoxication n'aurait pas atteint le cerveau sans l'état émotionnel concomitant. A ce propos, M. Korsakoff propose une hypothèse pour expliquer comment des poisons différents peuvent provoquer des troubles psychiques de même nature. Les troubles psychiques seraient dus à l'action d'une toxine

cérébrale élaborée par la substance nerveuse du cerveau. Cette toxine ne se développerait que quand la nutrition du cerveau a subi une atteinte antérieure comme cela arrive, par exemple, dans l'alcoolisme chronique, dans les maladies infectieuses, dans les états émotionnels d'une certaine intensité. Les agents toxiques introduits dans l'organisme pourront déterminer la production de la toxine spéciale et des troubles psychiques si le terrain est rendu propice; dans le cas contraire, la toxine spéciale ne se développerait pas et l'activité psychique resterait indemne.

Séance du 21 *février* 1892. — M. Mouratoff présente l'observation d'une malade atteinte de paralysie aiguë ascendante de Landry. A son entrée, on constate une paralysie des quatre membres, des muscles du tronc, du diaphragme et des phénomènes bulbaires graves. Les troncs nerveux sont douloureux, les membres inférieurs hyperesthésiés; légère analgésie dans la région des nerfs trijumeau, radial et axillaire. Nystagmus, mydriase à droite, salivation, réflexes tendineux exagérés; phénomène du pied. Atrophie des muscles de l'épaule et de la hanche, excitabilité électrique augmentée. La malade s'améliore progressivement et est guérie au bout de deux mois environ. M. Mouratoff croit avoir affaire à une névrite périphérique multiple; s'il s'agissait des lésions médullaires, la disparition des troubles morbides n'aurait pu se produire aussi rapidement.

Séance du 20 *mars* 1892. — M. Rossolimo relate l'histoire d'une malade chez laquelle l'hystérie a simulé la syringomyélie. La disparition rapide des symptômes sous l'influence de la suggestion hypnotique a permis de rétablir le diagnostic.

M. Tambourer présente un malade atteint de syringomyélie, les symptômes sont au complet et le diagnostic n'est pas douteux. Ce qu'il y a de particulier dans ce cas, c'est une hémiatrophie droite de la langue. Largeur de la moitié droite 20 millimètres, de la moitié gauche 30 millimètres, épaisseur 5 millimètres à droite et 7 millimètres à gauche; la muqueuse est plissée dans tous les sens. Déviation de la langue à droite. Sens tactile et du goût intacts. L'excitabilité électrique est augmentée du côté malade. Pas de réaction de dégénérescence; secousses fibrillaires dans la moitié droite. Articulation des mots, fonction de déglutition normales. Parésie de la moitié droite du voile du palais et de la corde vocale du même côté.

M. Tambourer cite les trois autopsies qui ont été faites dans les cas d'hémiatrophie linguale par Koch et Marie, Raymond

et Artaud, Westphal qui ont constaté une atrophie du noyau de l'hypoglosse. Il croit que la gliomatose a atteint chez son malade le noyau de l'hypoglosse. Il n'existerait pas d'autres cas analogues dans la littérature médicale.

Le Dr Pribitkoff communique ses recherches sur le trajet des fibres optiques chez le cochon d'Inde, le lapin, le chat et le chien. Il étudiait les fibres dégénérées après énucléation d'un globe oculaire en le préparant par la méthode de Marchi. Voici quelques résultats qui ne concordent pas avec les faits déjà connus : les commissures de Meynert et de Gudden ne sont nullement en rapport avec la rétine, il en est de même du faisceau de fibres de Forel. L'existence du faisceau allant directement du chiasma dans la substance grise du troisième ventricule est plus que douteuse. Il n'existe pas de faisceau (admis par M. Bechtereff) allant au noyau de la troisième paire. La commissure de Hannover ou *commissura ansata seu arcuata anterior*, ne met pas non plus en communication les deux rétines. Il y a bien des fibres qui après l'entre-croisement se dirigent vers la périphérie, mais elles se recourbent bientôt et reprennent leur direction centripète.

Les fibres des bandelettes optiques ne font que passer sur la surface du corps genouillé interne, se dirigent sur le corps genouillé externe et de là vers le tubercule quadrijumeau antérieur. Le faisceau de fibres allant directement au *ganglion habenulae* et reliant d'après Dorkschevitsch la rétine au noyau de la troisième paire n'existe pas. La plus grande partie de fibres des bandelettes se terminent dans la troisième couche des tubercules quadrijumeaux antérieurs chez le lapin et le cochon d'Inde, chez le chat et le chien dans le corps genouillé externe. On ne voit pas de fibres terminales dans le pulvinar et la couche optique en général. Il se détache au niveau du tubercule quadrijumeau antérieur un faisceau de fibres de la bandelette qui, après avoir contourné le pédoncule, se dirige vers le lieu d'origine des racines de la troisième paire et là, pénètre dans le pédoncule en dedans de la *substantia nigra* de Sœmmering et se termine en haut et un peu en avant de cette substance.

L'entre-croisement dans le chiasma est complet chez le cochon d'Inde, incomplet chez les autres animaux. Les fibres directes et entre-croisées sont généralement entremêlées.

Le Dr Mouratoff a étudié la dégénérescence des fibres cérébrales qui suit la destruction de la substance corticale. Un

point intéressant à noter, c'est que les fibres d'association qui, comme on sait, sont en relation avec deux cellules nerveuses, dégénèrent après la destruction d'une seule de ces cellules.

Le Dr Rossolimo a appliqué une nouvelle méthode à l'étude des fonctions du cerveau. Il extirpe des parties d'écorce plus ou moins considérables et quand les troubles fonctionnels sont devenus stables, il étudie les effets des excitants sur le cerveau (cocaïne et atropine) introduits par la voie hypodermique. Ces agents augmentent l'intensité des troubles fonctionnels et même les provoquent quand ils restent depuis longtemps à l'état latent. Ce fait est propre à éclaircir la pathogénie de certains troubles psychiques qui ne surviennent que longtemps après une lésion cérébrale. Nous regrettons de ne pouvoir rapporter en détail les conclusions de cette communication.

MM. Darkschevitch et Veidengamer préconisent, dans le cas de perte de substance osseuse du crâne, l'emploi des fragments d'os calcinés. Dans leurs expériences sur les lapins ils ont toujours vu ces fragments se souder avec les os sains voisins et se transformer en une véritable substance osseuse.

Séance du 22 mai 1892. — La séance du 22 mai 1892 a été consacrée à l'élaboration d'une classification des maladies mentales pouvant servir de base aux statistiques officielles. La voici :

1. Mélancolie.
2. Manie.
3. Démence primitive aiguë.
4. Formes atypiques des psychoses aiguës.
5. Paranoïa chronica.
6. Démence secondaire.
7. Psychoses périodiques.
8. Psychopathia degenerativa.
9. Psychoses épileptiques.
10. Psychoses hystériques.
11. Alcoolisme chronique.
12. Delirium tremens.
13. Paralysie générale.
14. Démence sénile.
15. Dementia læsione cerebri circumscripta.
16. Imbécillité et idiotie.
17. Formes particulières.
18. Cas non définis.
19. Non aliénés.

Dr Lwoff.

BIBLIOGRAPHIE

La paralysie générale; par V. Magnan et Paul Sérieux, 1 vol. in-12 de l'*Encyclopédie scientifique des aide-mémoire.* Paris, G. Masson, 1894.

Synthèse magistrale des travaux et des doctrines de Magnan sur la paralysie générale. Peu de traits manquent à ce tableau clinique, d'une précision élégante et forte en sa sobriété, et telle que les maîtres seuls, dominant toute la matière de leur science, y peuvent atteindre. *Imperatoria brevitas.*

Nous exposerons, aussi sommairement que possible, les thèses de physiologie et d'anatomie pathologiques de MM. Magnan et P. Sérieux, et nous terminerons par quelques remarques critiques.

Un premier point, bien mis en lumière par les auteurs, c'est que l'affection chronique des centres nerveux à marche progressive appelée paralysie générale, relève de lésions diffuses de *tout l'axe cérébro-spinal.* « Il s'agit, disent-ils, d'une affection cérébro-spinale plutôt que cérébrale, et c'est à tort que l'on a longtemps attribué au cerveau seul tous les symptômes de la maladie. » En quoi ils sont d'accord avec Raymond, Nageotte, etc., pour ne citer que des auteurs français. Les lésions portent à la fois ou successivement sur le cerveau, le bulbe, la moelle épinière et les nerfs; ajoutons : et sur le cervelet. La sclérose des cordons postérieurs, associée ou non à celle des faisceaux pyramidaux, a été trouvée dans les deux tiers des cas. Une myélite interstitielle diffuse précéderait, accompagnerait ou suivrait parfois l'encéphalite interstitielle diffuse (1876).

Tous les *symptômes essentiels* du mal tiennent dans ces deux mots : démence paralytique. L'affaiblissement général et progressif de l'intelligence aboutit à la démence comme les phénomènes d'incoordination motrice se terminent par une paralysie généralisée.

Les *symptômes accessoires,* délires multiples à fond de démence, délires de grandeur, hypocondriaque, mélancolique, de persécution, mystique, révèlent en quelque sorte la nature

du terrain sur lequel ils ont pu se développer grâce à une prédisposition psychopathique : ils sont frappés au coin de l'absurdité. Ces délires sont multiples, mobiles, absurdes et contradictoires (Falret). Mais si dans les accès maniaques, par exemple, toutes les acquisitions anciennes du malade peuvent reparaître, comme tous les mouvements possibles peuvent être exécutés, c'est d'une façon également désordonnée. Ce parallélisme constant entre les fonctions de l'intelligence et celle de la motilité volontaire, considérées d'ailleurs à tort comme distinctes, est aussi instructif pour le physiologiste qu'il peut l'être pour le clinicien : les auteurs semblent l'avoir systématiquement suivi.

Le rôle des symptômes moteurs et sensitifs dus à des altérations du cerveau, de la moelle et des nerfs, dans les altérations psychiques à forme de psychoses simples, chez les paralytiques, a été bien indiqué. De même pour les symptômes relevant de lésions en foyer (sclérose, congestion, hémorragie, ramollissement) qui, encore qu'indépendantes de l'affection dont il s'agit ici, n'en coexistent pas moins quelquefois avec elle (aphasies motrices et sensorielles, monoplégies, hémiplégies, contractures, attaques épileptiformes et apoplectiformes, mouvements automatiques, troubles de la sensibilité générale et spéciale).

En regard des troubles psychiques partiels dus à des lésions circonscrites, la démence paralytique se distingue par un affaiblissement en masse de toutes les fonctions de l'écorce. Les désordres moteurs, avec leur caractère d'incoordination généralisée, sans paralysie localisée, ne diffèrent pas moins des paralysies des hémiplégiques. C'est la perte de la coordination des contractions musculaires, non la paralysie, sauf à la période terminale, qui caractérise ces troubles moteurs : les mouvements les plus complexes, ceux dans lesquels la part de l'automatisme est la moindre, disparaissent les premiers, de même que les souvenirs les plus récents s'effacent chez le dément paralytique avant les plus anciens. C'est que les adaptations musculaires d'un art ou d'un métier, apprises par une suite continue d'efforts conscients, reposent sur la conservation et la revivisccnce d'images mentales, au même titre que les autres acquisitions contemporaines de la vue, de l'ouïe de l'olfaction, etc. Dès la période de début de la maladie, mais surtout dans la période d'état et dans la période terminale, on assiste à cette lente et progressive désorganisation des mouvements organisés de tous les muscles de la vie de relation et de la vie organique

(parole, innervation des muscles de l'œil, écriture, marche, station, tonus des sphincters, contractilité du pharynx, de l'œsophage, etc.), bref, à l'abolition de tous les modes de la motilité volontaire et réflexe : c'est alors que le malade est véritablement paralysé.

Les troubles de la sensibilité générale et spéciale ne sont pas moins bien décrits. On peut regretter toutefois que les auteurs n'aient pas insisté sur la précocité des phénomènes du retard dans la transmission des sensations et des erreurs de localisation de celles-ci dès la période prodromique de l'affection. Au point de vue même du diagnostic, ces faits n'ont pas moins d'intérêt que les troubles d'incoordination musculaire, car le mode de terminaison dans l'écorce cérébrale des arborisations cylindraxiles et des collatérales, comparé à la disposition des cellules pyramidales et de leurs dendrites dans ces mêmes régions, explique assez la rareté relative des troubles de la sensibilité générale en même temps que la fréquence des altérations de la motilité volontaire. Il n'en est pas moins important d'étudier, comme l'ont fait les auteurs, l'anesthésie, l'analgésie (automutilations), l'hyperesthésie, les troubles de la sensibilité thermique et musculaire, ceux des sensations internes, des fonctions trophiques et vaso-motrices.

Les remarques sur les hallucinations des paralytiques généraux nous semblent un peu rapides. Ces hallucinations, longtemps méconnues, sont aujourd'hui bien étudiées, et je crois que si les cliniciens portent leur attention sur les hallucinations de l'ouïe, en particulier, dans les périodes de début ou d'état de la paralysie générale, y comprises les hallucinations motrices verbales, ils fourniront à la science des fonctions du cerveau de très précieux renseignements. La T_1 a souvent été trouvée atteinte de très bonne heure, surtout à sa partie antérieure (*fossa Sylvii*).

Les symptômes des trois périodes de la maladie sont familiers à tous les cliniciens ; nous n'en parlerons pas. Tous peuvent se ramener à des modifications psychiques, motrices, sensitives, sensorielles, trophiques et vaso-motrices, partant, à des altérations progressives du système nerveux central et périphérique. Il eût été utile d'invoquer la pathologie comparée des lésions de l'écorce cérébrale pour expliquer la profonde déchéance du paralytique général devenu « un tube digestif », un automate « qui mourrait de faim si on n'introduisait des aliments dans son pharynx ». M. Magnan avait suivi autre-

fois cette méthode comparative dans ses travaux sur les intoxications du système nerveux des mammifères. Aujourd'hui, des expériences de Goltz, difficiles sans doute à répéter, et qu'il faut d'ailleurs savoir interpréter, ont livré aux aliénistes et aux neurologistes des matériaux qu'il n'est plus permis de négliger pour l'étude de la démence. Cette démence des paralytiques généraux, M. Magnan la distingue, dans ses travaux antérieurs, de la démence des vieillards, de la démence consécutive aux vésanies, de la démence liée à l'épilepsie, en un mot, a-t-il écrit, de toutes les autres espèces de démences. Une nouvelle étude d'ensemble sur les caractères différentiels de ces différents états de dissolution des fonctions de l'écorce cérébrale, dans laquelle on tiendrait compte des derniers résultats de l'anatomie pathologique, qui semble constater des lésions univoques là où la clinique distingue encore des formes symptomatiques hétérogènes, serait sans doute d'un grand et fécond enseignement.

Mais je voudrais signaler encore, avant d'arriver à la partie critique de cette notice, des pages excellentes sur l'évolution progressive des symptômes de la paralysie générale considérée comme parallèle à la marche envahissante de la lésion. Cette marche progressive va bien d'avant en arrière et le lobe frontal est vraiment le premier atteint, au moins dans la majorité des cas, comme le rappellent les auteurs ; ils auraient pu ajouter au lobe frontal l'insula, le lobule paracentral, les circonvolutions centrales et le lobe pariétal ; le lobe temporal est aussi atteint, nous l'avons dit, de très bonne heure, en tout cas, avant le lobe occipital. C'est à la lumière de la physiologie contemporaine que MM. Magnan et Sérieux se flattent d'établir le parallèle dont nous parlons entre les périodes de la maladie et la généralisation plus ou moins étendue de la lésion anatomique. Je ne crois pas que la localisation des processus psychiques les plus élevés dans le lobe frontal soit le moins du monde vérité démontrée, tout au contraire. Les fonctions du lobe frontal me semblent plutôt être celles que Munk et Meynert lui ont attribuées. Mais je reconnais que les anciennes expériences de l'éminent physiologiste de Berlin doivent être répétées, dans des conditions plus variées et au moyen des méthodes aujourd'hui connues, avant qu'il soit permis de se former une conviction vraiment scientifique.

Aussi n'ai-je point l'intention d'insister sur ce point de doctrine ; j'aime mieux appeler l'attention sur l'interprétation

que donnent les auteurs du fait de la déchéance psychique dans les lésions du lobe frontal. C'est, disent-ils, que la vulnérabilité des éléments nerveux qui le composent est considérable et que les moindres troubles vasculaires ou nutritifs suffisent à entraver leur fonctionnement. « Les multiples associations d'images mentales qui constituent toute la vie psychique sont compromises, en raison même de leur complexité. » On ne saurait refuser une valeur psychologique remarquable à cette façon de ramener la complexité et la fragilité des fonctions du lobe frontal à des considérations d'embryologie et d'anatomie comparée, non exprimées ici sans doute, mais très apparentes et, si j'ose dire, à fleur d'eau. L'effet de cette lésion précoce de la région antérieure du cerveau chez les paralytiques généraux, c'est, avec la diminution de l'énergie intellectuelle, un état d'affaiblissement psychique, intéressant précisément les fonctions les plus élevées et différenciées de l'activité corticale, alors que les régions postérieures de l'organe de la pensée, où les images sont « moins complexes et plus solidement organisées », — les instincts, les appétits, — ne demeurent pas seulement longtemps à l'abri des progrès de la destruction, mais échappent ainsi aux actions d'arrêt et à tout contrôle de ce lobe frontal, siège, suivant les auteurs, de la mémoire, de la réflexion, de la moralité et de la volonté. Rien de moins fondé en fait que cette relégation des instincts et des impulsions aveugles du désir ou du besoin dans les centres postérieurs, « sensitifs et sensoriels », opposés ici à de prétendus centres antérieurs de raison, de volonté et de moralité. Mais vraiment je ne veux pas insister sur le côté négatif de cette théorie.

Ce qui a été bien mis en lumière, c'est que les troubles de coordination motrice, parallèles à ceux de l'entendement, résultent de la destruction des associations établies entre les divers centres sensitivo-moteurs. Cette destruction finit par ne rien laisser subsister chez le paralytique de ses acquisitions antérieures. Les idées de passé et d'avenir, de temps et de lieu, de personnalité même, ont sombré avec les images associées qui peuplaient ces territoires du cerveau, désormais déserts et silencieux. Le malade, nous dit-on, est tout entier à la sensation de l'heure présente, mais sans association d'évocations idéales comme à l'état normal. Faut-il entendre à la lettre le mot sensation ? Existe-t-il encore des sensations dans la période ultime de la paralysie générale ? Comment déterminer leur nature et

leur degré d'intensité ? L'écorce cérébrale, on le sait, paraît être, chez l'homme au moins, le siège des sensations aussi bien que des images mentales ou représentations. Chez le dément, ce n'est pas seulement l'anéantissement des idées ou notions du monde extérieur, de l'individualité même, qui doit s'observer : les sensations de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'olfaction, de tous les modes de la sensibilité générale, ne doivent plus être perçues, si ce n'est dans les territoires de l'écoree où persistent des îlots de eellules nerveuses et des faisceaux d'association. Nous nous bornons à poser cette question aux cliniciens. En tout eas, plus que les autres démences, la démenee paralytique peut servir à l'étude de ce problème, puisque la marche plus ou moins lente, mais fatale, de la maladie, ne laisse guère subsister, ainsi que dans les démences par lésions eireonscrites, de régions suseeptibles eneore de permettre quelque effort d'attention ou d'observation eonseiente. On nous présente le paralytique, sans doute aux derniers stades de l'affeetion, comme « ineonscient ». Il faudrait essayer de déterminer dans quelle mesure ; car, ehez un être vivant, l'inconscience, e'est eneore de la eonscience, eomme le froid est encore de la chaleur, quelque peu sensible que soit eelle-ei pour nos instruments.

Mais admettons que la sensibilité, les mouvements volontaires, et tous les états psychiques eonscients sont anéantis, et que, ehez le paralytique général sombré dans le marasme, survivent seules les fonetions des ganglions de la base du cerveau, du bulbe et de la moelle épinière. Nous aurons devant nous une manière d'anencéphale. Voilà le dernier terme de cette dissolution de toutes les activités psychiques qu'a entraînée la destruetion de cette fédération d'organes assoeiés et solidaires qui constituaient l'écorce eérébrale. Et, toujours parallèlement à ce travail de désorganisation générale, l'intelligence, la moralité, les sens de l'homme se sont comme perdus sans qu'il en reste trace. Une épave humaine subsiste, que la maladie, cette grande viviseetrice, a rendue, non pas semblable, mais bien plus informe que les ehiens décérébrés de Goltz, car toute supériorité doit s'expier.

J'arrive aux quelques considérations critiques que me suggère le ehapitre du livre consacré à l'anatomie pathologique de la paralysie générale. « La paralysie générale ne peut plus être définie, disent les auteurs, par l'altération isolée de telle partie du cerveau : ee n'est pas plus une *méningite chronique* qu'une encéphalite localisée à la couche eorticale (*périencé halite*). »

Qu'est-ce donc? — C'est, continuent-ils, une inflammation chronique généralisée de tout le tissu de soutènement des substances grise et blanche, bref, une encéphalite chronique interstitielle diffuse, ayant pour dernier terme, comme toutes les scléroses, l'atrophie de l'organe. D'ailleurs ce processus morbide n'épargne aucun point de l'axe cérébro-spinal, bulbe, moelle, nerfs. Le cerveau est en effet atrophié, les circonvolutions amaigries, les sillons élargis; la substance corticale s'enlève avec les méninges auxquelles elle adhère; l'arachnoïde et la pie-mère sont épaissies, œdémateuses, opalines; les ventricules sont dilatés, l'épendyme hérissé de granulations, etc. Mais la lésion propre de la paralysie générale, c'est bien une inflammation chronique du tissu interstitiel et des vaisseaux des centres nerveux, une *encéphalo-myélite chronique interstitielle diffuse*. Quant aux éléments nerveux eux-mêmes, cellules et fibres, ils ne sont affectés que *secondairement*.

Cette théorie, aujourd'hui la plus répandue sur l'anatomie pathologique de la paralysie générale, peut-elle longtemps encore résister aux faits qui, depuis les travaux de Wernicke, de Tuczek, de Zacher, de Targowla, de Fischl, de Strümpell, de Joffroy, de Pierret, de Hoche (1), etc., démontrent que les altérations parenchymateuses des centres nerveux sont primitives, les lésions vasculaires et interstitielles secondaires? L'étude anatomique des centres nerveux dans le tabes et la paralysie générale, et surtout celle de l'écorce dans les formes aiguës et de début, a décidé la question : l'atrophie des éléments nerveux a été trouvée primitive.

Considérons brièvement les lésions qui, d'après MM. Magnan et Sérieux, affectent les parties constituant l'écorce du cerveau :

1° *Névroglie et vaisseaux*. Sous l'influence de l'irritation de la névroglie, on constate, disent les auteurs, une prolifération généralisée des éléments de ce tissu, mais plus active dans la première couche de Meynert et autour des vaisseaux. Dimensions énormes atteintes par certaines cellules araignées. Prolifération nucléaire dans l'écorce et la substance blanche. Epaississement et altérations dégénératives des parois des vaisseaux et prolifération très active de leurs noyaux. Dilatation, anévrismes miliaires, extravasations sanguines dans les gaines

(1) A. Hoche. Degenerative Muskelatrophie bei progressive Paralysie (De la clinique psychiatrique de Fürstner, à Strasbourg). *Neurol. Centralbl.*, 1er septembre 1894.

adventiees. Diapédèse des globules blanes autour des vaisseaux. Néoformation des eapillaires. Dilatation des gaines lymphatiques.

Or, dans les formes de début de la paralysie générale, où les symptômes psychiques et somatiques — s'il est permis de maintenir ees termes d'un dualisme absurde — ne laissent aueun doute sur l'existenee de la maladie, on ne trouve pas d'altérations notables de la névroglie. L'augmentation du nombre des noyaux sur les eoupes de l'éeoree, aux stades avaneés de la paralysie, ne serait, suivant Binswanger, qu'une illusion résultant de la fonte du tissu interstitiel et de l'atrophie des éléments les plus divers de l'éeoree, des fibres et des eellules nerveuses en partieulier. En touı eas, eette prolifération nueléaire, eette néoformation de eellules araignées, la transformation seléreuse et fibreuse de la substanee fondamentale, eonsidérées eomme des proeessus inflammatoires, en rapport direet avee eeux des vaisseaux sanguins, loin de préeéder la ruine des éléments nerveux, dont l'atrophie serait seeondaire, au dire de Magnan, n'existent pas eneore dans les formes aiguës et de début de l'affeetion. « En faisant abstraetion de l'état des vaisseaux, dit Binswanger, on doit admettre que, dans les formes de début, les proeessus de réparation n'existent pas eneore dans la substanee fondamentale ni dans la substanee de soutènement. » C'est aussi à la raréfaetion du tissu nerveux atrophié qu'il faudrait attribuer la prolifération apparente des cellules araignées et de leurs fibres dans la eouehe moléeulaire, dans eelle des petites pyramides et dans la eouehe la plus profonde de l'éeoree eérébrale. Binswanger n'a pas reneontré de figures karyokinétiques dans ees eellules, d'ailleurs souvent multinueléées à l'état normal. Pourtant Weigert a mis hors de doute la prolifération des fibres et des eellules araignées dans la paralysie générale. De son eôté, Nissl, avee sa nouvelle méthode d'étnde des eentres nerveux, propre surtout à montrer les rapports de dépendanee des différentes eellules nerveuses avee les organes eentraux et périphériques (1894), Nissl a pu confirmer la loi de Weigert, qui peut se formuler ainsi : Dès qu'une eause nuisible queleonque affeete uniquement et d'une manière spéeiale les eellules et les fibres nerveuses d'un organe eentral, tandis que eelles-ei subissent une altération *régressive*, les eellules ambiantes de névroglie subissent une modifieation opposée, e'est-à-dire *progressive*, et prolifèrent par karyokinèse. Il paraît done, bien que ee n'est que dans les formes toutes de

début que cette prolifération des cellules de la névroglie peut faire défaut, alors que les cellules nerveuses, quoique déjà profondément altérées, comme le montre l'atrophie des collatérales et des arborisations terminales cylindraxiles, n'ont pas encore disparu.

Quant aux vaisseaux, dès le début de l'affection, les veines apparaissent souvent très dilatées, remplies de globules rouges, mais les vaisseaux ne sont jamais oblitérés comme dans les cas anciens. Jamais non plus de néoformations de vaisseaux. Sous l'influence des hyperémies actives et passives, et grâce aux altérations vasculaires, des globules rouges et blancs transsudent. Le système lymphatique intra et extraadventitiel est déjà également dilaté dès le commencement du mal. De même pour les espaces péricellulaires. Les variations de pression encéphalique provoquées par la stase de la lymphe dans les canaux lymphatiques du cerveau seraient, d'ailleurs, selon Binswanger, la cause principale des attaques. Naguère Kronthal, sous les auspices de Mendel, a repris l'étude des capillaires lymphatiques et des capillaires sanguins de l'écorce dans la paralysie générale. Il a constaté une fois de plus la dilatation des capillaires sanguins, l'épaississement de leurs parois et la prolifération des noyaux, mais il a surtout noté l'inégalité de répartition du processus de dégénération de ces vaisseaux dans les différents lobes du cerveau et du cervelet. Ce sont toujours les circonvolutions frontales et centrales, puis le cervelet, qui ont présenté, à cet égard, les altérations les plus profondes en regard des lobes temporal, pariétal et occipital. Mais, en somme, on ne voit pas, dans la période de début, d'altérations primitives inflammatoires des vaisseaux.

2. *Cellules et fibres nerveuses.* — Les lésions bien connues de ces éléments anatomiques dans la paralysie générale, surtout depuis Tuczek et Zacher, sont naturellement fort bien indiquées par MM. Magnan et Sérieux. Seulement, nous l'avons dit, ces clinicien continuent de soutenir, et cela sans l'ombre d'un doute, l'antériorité des lésions interstitielles, névrogliques et vasculaires, relativement aux altérations dégénératives des fibres et des cellules nerveuses. Il est pourtant bien établi que ce sont, tout d'abord, les plus fines ramifications nerveuses terminales (arborisations cylindraxiles et collatérales) qui dégénèrent dès le stade initial de la paralysie générale, alors qu'il n'existe pas encore de lésions inflammatoires de l'écorce. Binswanger a pu confirmer les résultats de Zacher et de Fischl, en

partieulier sur l'existence d'îlots d'atrophie dans l'écorce. Dans les cas de paralysie, soit à marche chronique, soit à forme galopante, l'atrophie fibrillaire (fibres tangentielles et radiaires), affecte bien d'abord le lobe frontal, y compris l'insula, le lobule paracentral, le lobe pariétal, puis les lobes temporal et occipital. Or, dans les formes de début, cette atrophie, conséquence sans doute nécessaire des lésions dégénératives des cellules nerveuses, existe bien sans altérations inflammatoires essentielles de l'écorce. L'atrophie fibrillaire précède donc les altérations inflammatoires, loin d'être déterminée par elles. C'est aux altérations de nature atrophique et dégénérative des cellules nerveuses, caractérisant le début de l'affection, que l'atrophie fibrillaire doit être, selon toute apparence, je le répète, directement attribuée. Les cellules nerveuses doivent donc être nécessairement atteintes au stade initial de la paralysie générale: les atrophies fibrillaires le démontrent.

Ne parlons pas des méninges, puisqu'aussi bien les auteurs ont condamné avec raison l'ancienne doctrine de la méningo-encéphalite et de la périencéphalite primaire de quelques auteurs français même contemporains, tels que B. Ball. Dans la paralysie générale, les lésions des méninges ne sont pas plus primitives que les altérations des artères et des veines.

Il paraît donc bien que, contrairement à la doctrine de Magnan et à celle de Mendel, le tissu nerveux est primitivement altéré dans la paralysie générale. Sans parler des symptômes psychiques et somatiques de la période de début, l'étude des atrophies fibrillaires et celle de l'involution régressive des cellules nerveuses, au stade initial de l'affection, avant toute inflammation du tissu de soutènement, en fournissent la preuve entière et démonstrative.

Tout en rendant hommage à la science et au talent des auteurs de ce livre, qui résume avec l'ordre et la clarté des grands cliniciens tout ce que l'expérience humaine a pu apprendre sur la plus grave et la plus instructive affection du système nerveux, en particulier de cette écorce du cerveau antérieur qui est chez tous les vertébrés, depuis les Amphibiens et les Reptiles, le siège unique de l'intelligence, nous avons dû présenter en terminant quelques critiques relatives à l'anatomie pathologique de la paralysie générale. Elles reposent sur des faits d'observation dus presque tout entiers à la technique microscopique de nos jours, aux dernières méthodes de coloration et d'imprégnation des éléments nerveux. Tout savant, pour peu qu'il vive,

est destiné à survivre à ses doctrines. C'est une sorte de loi naturelle qu'acceptent avec reconnaissance tous ceux qui, comme M. le Dr Magnan, se sont toujours uniquement attachés à la méthode scientifique dans la recherche de la vérité.

JULES SOURY.

La contagion du meurtre. Étude d'anthropologie criminelle; par M. le Dr PAUL AUBRY (de Saint-Brieuc). 2e édit., entièrement refondue. Vol. in-8°, XXIV-308 pages, avec une préface du Dr Corre. F. Alcan, édit. Paris, 1894.

L'étonnante facilité avec laquelle se commettent les crimes, la similitude presque absolue dans les moyens d'exécution, le retour pour ainsi dire périodique de certains meurtres avaient engagé le Dr P. Aubry de prendre cet intéressant sujet pour sa thèse inaugurale, en 1887. Aujourd'hui il reprend ce travail toujours et malheureusement d'actualité et y apporte des faits nouveaux qui le complètent et le mettent au courant du jour. A un moment où la contagion criminelle, la propagande par le fait, émeut, et à juste titre, le monde entier, il est utile de connaître les causes et les moyens de combattre ce véritable fléau. La criminalité est à l'ordre du jour ; tout le monde veut s'en occuper, et se tenir au courant de cette science si éminemment française, fondée réellement par les Morel, Moreau (de Tours), Lasègue, Legrand du Saulle, etc..., et qui a reçu une vive impulsion de l'école italienne à la tête de laquelle il faut citer le professeur Lombroso. Mais parmi les questions de criminalité, l'une de celles qui intéressent le plus est certainement la contagion.

Après une savante et remarquable préface du Dr Corre, nous voyons ce que l'on doit entendre par contagion du meurtre. C'est l'*acte par lequel l'idée du meurtre s'impose ou se transmet à un individu, le plus souvent prédisposé.* Or, chose étrange le mode de transmission de l'idée criminelle est absolument comparable en tous points au mode de transmission d'une maladie contagieuse. Il faut, d'une part, le germe morbide ou l'idée ensemencée; d'autre part, le terrain préparé pour recevoir la culture qu'on lui destine. Cette théorie excessivement simple est longuement exposée dans les préliminaires.

Dans la première partie, l'auteur examine la contagion du meurtre dans ses modes généraux. Il cherche quels en sont les

grands facteurs. C'est la famille, la prison, le spectaele des exéeutions, la presse. Toutes questions, on le voit, absolumeut à l'ordre du jour. Elles sont longuement traitées, et l'influenee qui revient à chaeun de ees faeteurs est établie avee preuves à l'appui. Nous y retrouvons l'histoire d'un grand nombre de familles dans lesquelles les parents arrivent sans peine à ineulquer à leur triste progéniture les plus déplorables prineipes. On y retrouve l'histoire d'une eertaine famille X... que l'auteur a eu l'occasion de eonnaître et de voir de près tous les membres et la famille Kérangal, bien connue des leeteurs des *Annales médico-psychologiques*.

La contagion par la vie en eommun des prisonniers est aujourd'hui admise par tout le monde. Un graud nombre de faits apportés par M. Aubry n'ajoutent rien à eette vérité. Les législateurs qui se sont oeeupés de restreindre eette publieité des exéeutions n'ont eu en vue que le scandale que présente la plaee de la Roquette ees jours de *fête*. Ils n'ont point pensé à l'importanee énorme qu'a la vue d'une exécution au point de vue de la contagion sur les innombrables prédisposés si avides de ce spectacle malsain.

La liberté absolue de la presse est-elle un bien, est-elle un mal? Beaueoup de bons esprits soutiennent que oui, — l'auteur de la préface, par exemple, — d'autres affirment énergiquement le eontraire. Après avoir lu le chapitre IV, il semble diffieile de ne pas se ranger à cette dernière opinion.

Dans la deuxième partie, qui traite de la eontagion du meurtre dans quelques-uns de ses modes spéciaux, nous trouvons les épidémies de meurtre par le vitriol et le revolver.

L'auteur qui, dans sa premiére édition, avait démontré que la veuve Gras n'a rien inventé en fait de vitriolage, y revient plus largement et le démontre d'une façon plus péremptoire encore si c'est possible. La femme est loin d'avoir le monopole de ce genre de erimes. L'homme en use aussi trop fréquemment pour les motifs les plus futiles.

Le chapitre des empoisonnements n'offre qu'un intérêt purement rétrospeetif, mais nous montre que la eontagion a toujours existé. Dans l'infanticide, dans l'avortement surtout et dans le libéricide, nous trouvons et nous pouvons suivre pas à pas, pour ainsi dire, la marche du eontage et sa progression. L'ineinération et le dépeçage criminel étudiés dans le ehapitre suivant nous présentent plutôt un mode d'imitation qu'une véritable eontagion.

C'est peut-être dans le suicide (chapitre nouveau) que nous constatons le plus manifestement l'influence de l'idée contagieuse, et cela aussi bien dans l'antiquité la plus reculée qu'à notre fin de siècle. Il en est de même pour le duel (chapitre nouveau), qui obéit aux fluctuations de la mode et aux grandes lois de la contagion épidémique.

Jusqu'ici nous avons rencontré l'idée du meurtre, transmise plus ou moins indirectement par des intermédiaires ; le contage ne part que d'un individu pour aller en infecter un autre. Le processus existe dans le meurtre à deux (chapitre nouveau). Nous rapprocherons du meurtre à deux, le viol suivi par le meurtre commis par une bande d'individus.

Dans la troisième partie, l'auteur s'occupe du meurtre épidémique ou endémique. Naturellement il est plus souvent causé par la politique et les guerres sociales.

Dans cette nouvelle édition, M. Aubry a consacré deux intéressants chapitres aux régicides et aux anarchistes. Dans tous ces faits, on retrouve l'influence manifeste de la contagion, l'idée se transportant d'un individu qui la possède à un prédisposé, soit directement, soit le plus souvent par l'intervention de la presse. A propos des anarchistes, l'auteur rappelle que depuis six ans il y a eu 1,123 attentats commis en Europe, 502 en Amérique, soit un total de 1,615 explosions. Parmi les anarchistes, M. Aubry établit plusieurs catégories. Les uns, les incubes, et ce sont incontestablement les plus coupables, sont ces orateurs de clubs, ces journalistes de feuilles incendiaires qui, tout en restant lâchement dans la coulisse, agissent sur les succubes qu'ils poussent en avant par leurs excitations constantes, non pas vers une amélioration sans doute désirable, mais vers un état de choses absolument irréalisable, oubliant l'immortelle parole du Christ : « Il y aura toujours des pauvres parmi vous. » Les autres sont les succubes, tantôt franchement aliénés, tantôt déséquilibrés, tantôt normaux, mais amenés lentement, par une infiltration journalière de l'élément contagieux, à accepter l'idée du meurtre. Pour les aliénés et les déséquilibrés, la conversion à l'anarchie est plus facile, le terrain est bien préparé, il suffit souvent qu'un incube y jette une idée pour qu'elle germe et fructifie rapidement. L'ouvrage se termine par une courte incursion en Corse et dans quelques départements du Midi où le meurtre est à l'état endémique. La bibliographie complète celle de Ferri (*Sociologie criminelle*) et de Mac Donald (*Abnormal man*). Le travail de M. Aubry

contribuera grandement à désiller les yeux de trop nombreux indifférents ; il amènera chez beaucoup des réflexions graves et aidera à provoquer d'utiles réformes depuis longtemps désirées et toujours attendues.

Dr Moreau (de Tours).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— De l'assistanee et de la législation relatives aux aleooliques ; par le Dr Ladame. Rapport présenté au Congrès de Clermont-Ferrand. Broeh. in-8° de 77 pages. Cermont-Ferrand, 1894.

— Des paralysies para-infeetieuses, leur traitement par les eaux de La Malou ; par le Dr Ch. Ménard. Broeh. in-8° de 117 pages. Paris, G. Masson, 1894.

— Rapport sur les névrites périphériques ; par le Dr Pierre Marie. Rapport présenté au Congrès de Clermont-Ferrand. Broeh. in-8° de 19 pages. Clermont-Ferrand, 1894.

— On affeetions of the musieal faculty in eerebral diseases (Les troubles de la faculté musieale dans les maladies du eerveau) ; par le Dr William W. Ireland. Broeh. in-12 de 14 pages. Extrait du *Journal of Mental science*, juillet 1894.

— Asile publie d'aliénés de Dury-lès-Amiens (Somme). Rapport médieal et eompte rendu administratif pour l'année 1893 ; par le Dr L. Martinenq, direeteur-médeein en ehef. Broeh. in-8° de 65 pages. Amiens, 1894.

— Le eervelet, organe psyehique et sensitif ; par le Dr Frédérie Courmont. Broeh. in-8° de 64 pages. Paris, Félix Alean, 1894.

— De l'utilité d'organiser le patronage des individus guéris d'une maladie mentale, et le patronage des épileptiques qui se trouvent abandonnés et sans ressourees. Divers systèmes de patronage adoptés. Rapport présenté au Congrès international d'Anvers (1894) ; par le Dr A. Giraud. 8 pages in-8°. S. l. n. d.

— Notiees biographiques (1873-1888). Eloges lus aux séanees publiques annuelles de la Soeiété médieo-psyehologique ; par le Dr A. Motet, seerétaire général. 1 vol. in-12 de 243 pages. Paris, J.-B. Baillière, 1894.

— Thirty-sixth annual report of the general Board of eommissionners in Lunaey for Seotland (Trente-sixième rapport annuel du Comité des « Commissionners in Lunaey » pour l'Eeosse). 1 vol. in-8° de 106 pages. Edimbourg, 1894.

— Inauguration des bustes de Baillarger et de Falret à l'hospice de la Salpêtrière, le 7 juillet 1894. Broch. in-8° de 46 pages. Paris, G. Masson, 1894.

— Verslag betreffende het Gestieht Meerenberg over het jaar 1893, ingezonden aan de Commissie von Toezicht over genoend Gestieht (Rapport sur l'asile de Meerenberg pour l'année 1893, présenté à la Commission administrative de cet asile) ; par le Dr J. von Deventer, médecin-directeur. Broch. in-8° de 148 pages. Haarlem, 1894.

— Essai sur l'action physiologique et thérapeutique du chloralose ; par le Dr Ernest Chambard. Broch. in-8° de 51 pages. Extrait de la *Revue de médecine*, juin 1894.

— In causa di omicidio. Perizia freniatrica (Rapport médical sur un cas d'homicide) ; par les Drs Roscioli Raffaele et Pieramurzi Cleto. Broch. in-8° de 19 pages. Teramo, 1894.

— Note sur un cas de folie urémique consécutif à un rétrécissement traumatique de l'urèthre ; par le Dr A. Cullerre. 10 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, n° 89.

— La coscienza e la libertà degli atti nei deliquenti pazzi (La conscience de la liberté des actes des aliénés délinquants) ; par le Dr Raffaele Roscioli, 21 pages in-8°. Teramo, 1884.

— Note sur la gangrène spontanée de la peau chez les hystériques. — Note sur un poussin mort à la suite d'accès d'épilepsie. — Note sur l'oligodactylie cubitale chez les hystériques, etc. ; par le Dr Ch. Féré, 22 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, mai à juillet 1894.

— Caso di frenosi in gravida trattato coll' aborto artificiale. Nota clinica (Note clinique sur un cas de folie puerpérale traitée par l'avortement artificiel) ; par le Dr Giovanni Selvatico-Estense. Extrait de *Il manicomio moderno*. Nocera-Inferiora, 1894.

— De l'impulsion et spécialement de ses rapports avec le crime ; par le Dr Victor Bourdin. 1 vol. in-8° de 161 pages. Paris, G. Masson, 1894.

— Bericht über die Privat-Heilanstalt für Gemüth und Nervenkranke in Pirna (jetzt Lindenhof bei Coswig in Sachsen) für Jahre 1884-1891 (Rapport sur la maison de santé privée pour malades de l'esprit et des nerfs à Pirna (actuellement Lindenhof près Coswig en Saxe) pour les années 1884-1891) ; par le Dr R.-H. Pierson. Broch. in-8° de 19 pages. Dresde, 1893.

— La folie dans l'Aveyron. Contribution à l'étude des folies rurales ; par le Dr A. Fenayrou, interne de l'asile de Rodez. 1 vol. in-8° de 187 pages. Thèse de Toulouse, 1894.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté du 29 *octobre* 1894 : M. le Dr Pactet, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne et ex-chef de clinique de la Faculté de Paris, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon, et maintenu dans la première classe de son grade (3,000 francs).

— *Arrêté du* 7 *novembre* 1894 : M. le Dr Trenel, déclaré admissible aux emplois de médecin adjoint des asiles publics (Concours de Paris du 4 juin 1894), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Lesvellec (Morbihan), poste créé, et placé dans la deuxième classe de son grade (2,500 francs).

— *Arrêté du* 23 *novembre* 1894 : M. le Dr Toulouse, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon, chef de clinique de la Faculté de Paris, est nommé médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne, et placé dans la 1re classe de son grade (3,000 francs).

— *Arrêté du* 5 *décembre* 1894 : M. le Dr Guyot, directeur médecin en chef de l'asile de Châlons-sur-Marne, est promu à la première classe de son grade (7,000 francs);

M. le Dr Anglade, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est promu à la première classe de son grade (4,000 francs).

— *Arrêté du* 12 *décembre* 1894 : M. Gauckler, directeur de l'asile de Cadillac (Gironde) est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 francs).

NÉCROLOGIE

Dr Donnet. — Nous avons la profonde douleur d'annoncer la mort de notre excellent collègue et ami le Dr Donnet, décédé le 24 décembre 1894, à Magnac-Bourg (Haute-Vienne), à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

Jules-Yves Donnet était né à Magnac-Bourg le 10 janvier 1831. Il s'était fait recevoir docteur en médecine en 1858; mais ce n'est qu'après 1870 qu'il entra dans le service des aliénés comme directeur-médecin de l'asile de Naugeat, près Limoges. Se rendant aux sollicitations réitérées d'un grand nombre

d'électeurs notables de l'arrondissement de Saint-Yrieix, il se présenta aux élections générales du 21 août 1891, comme candidat à la députation, et fut élu à une grande majorité. Battu, aux élections suivantes, en 1885, par son concurrent radical, Donnet rentra dans le service des aliénés et fut choisi pour succéder à notre regretté ami Bigot comme directeur-médecin de l'asile de Vaucluse. Il se montra dans ces nouvelles fonctions administrateur distingué, médecin dévoué à ses malades ; aussi lorsqu'en 1888, il fut, à une élection sénatoriale partielle, nommé sénateur de la Haute-Vienne, son départ fut-il universellement regretté : il devait être définitif, car Donnet, réélu au renouvellement de 1891, comptait bien ne plus rentrer dans le service des aliénés où il a laissé les meilleurs souvenirs. A l'expiration de son mandat, il caressait le projet de se retirer dans son pays natal pour y terminer ses jours dans le calme et l'étude, au milieu des siens. Mais, hélas ! notre pauvre ami portait déjà en lui le germe de la maladie qui devait l'emporter. Dans le courant de 1894, il dut subir une cruelle opération qui ne pouvait avoir d'autre résultat que d'arrêter momentanément la marche envahissante du mal. Dès ce moment, il se savait perdu; défiguré, en proie à d'intolérables souffrances, il voyait venir stoïquement la mort qui fut pour lui une délivrance.

Donnet était aimé de tous ceux qui le connaissaient ; il plaisait et attirait par son rare bon sens, son caractère plein d'aménité. Ceux qui ont eu, comme moi, la bonne fortune d'entrer dans son intimité, savent aussi qu'à ces qualités se joignait un cœur excellent, qu'il nous laisse à tous le souvenir d'un honnête homme, dans la plus large et la plus parfaite acception du mot.

A. R.

VISITE DES MINISTRES DE LA GUERRE ET DES TRAVAUX PUBLICS A L'ASILE DE PAU

L'Asile Saint-Luc, de Pau, situé dans cette belle région sous-pyrénéenne dont le climat sédatif a un renom bien justifié à l'extrémité de la terrasse qui domine la vallée du Gave et d'où l'œil découvre au loin dans une immense étendue le splendide panorama des Pyrénées, a aussi le rare privilège d'éveiller l'attention bienveillante des membres du gouvernement, lors de leur passage à Pau.

Le 21 mai 1891, l'Asile avait l'insigne honneur de recevoir le regretté Président de la République, M. Carnot. Ce fait mémorable pour l'histoire de l'Asile a été relaté dans les *Annales médico-psychologiques* du mois de juillet 1891.

Le 28 octobre dernier, l'Asile Saint-Luc recevait la visite de M. Barthou, ministre des travaux publics et de M. le général Mercier, ministre de la guerre, venus à Pau pour l'inauguration de la statue élevée au maréchal Bosquet par ses compatriotes.

Après cette cérémonie, les ministres sont arrivés inopinément à l'Asile, accompagnés par M. le préfet des Basses-Pyrénées, M. le secrétaire général, M. le maire de Pau, M. l'évêque de Bayonne, MM. les officiers d'ordonnance du ministre de la guerre, etc. Ils ont été reçus par le Dr Vernet, médecin-adjoint, et M. le Dr V. Meunier, président de la Commission de surveillance, en l'absence de M. le Dr Girma, directeur-médecin en chef de l'Asile.

Après les présentations d'usage, M. le ministre des travaux publics exprime le désir de visiter quelques quartiers de l'établissement, afin de donner, en ce jour de fête, un témoignage de sollicitude à nos malheureux internés.

Le cortège se rend immédiatement dans la division des femmes et parcourt la salle de réunion et la cour de récréation d'une section de femmes semi-tranquilles. La visite se continue par le pensionnat des dames et le pavillon hors-classe dont la belle installation et la vue magnifique sur la chaîne des Pyrénées excitent l'admiration des illustres visiteurs.

Au pavillon hors-classe des hommes, M. le général Mercier s'est entretenu d'une façon toute cordiale avec un ancien officier qui, tout ému de se trouver en face du chef suprême de l'armée, s'est avancé vers lui et lui a rappelé quelques particularités de son passé militaire. Dans un autre pavillon, MM. les ministres ont reçu de nombreuses lettres, placets, réclamations de divers pensionnaires auxquels ils ont adressé quelques paroles pleines d'aménité. Un de ces infortunés, à la vue des uniformes qui semblait réveiller en lui de pieux souvenirs, a poussé un vigoureux cri de « vive la France » auquel M. le général Mercier a répondu en saluant militairement.

MM. les ministres ont écouté avec intérêt les explications qui leur ont été données, pendant cette rapide excursion, sur l'extension progressive de l'Asile et les améliorations introduites en ces dernières années.

Après la visite des sections d'indigents, le cortège est revenu au bâtiment de l'Administration où MM. les ministres ont renouvelé à la sœur Viard, supérieure des Filles de la Charité attachées à l'Asile, leurs félicitations au sujet de la médaille d'honneur qui lui avait été décernée le matin même, en récompense de ses longs et dévoués services.

En prenant congé du personnel, M. Barthou et M. le général Mercier ont bien voulu lui témoigner toute leur satisfaction

et leurs regrets de ne pouvoir consacrer plus de temps à ce bel Asile. Après quoi MM. les ministres, accompagnés des hauts fonctionnaires et de leur escorte, regagnaient la ville de Pau, dont ils devaient encore visiter l'hôpital avant de se rendre au banquet offert par la municipalité dans une des salles du château historique de Pau.

MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*)

Nous avons à ajouter une nouvelle victime au long martyrologe de la psychiatrie : une religieuse de la Maison nationale de Charenton a été tuée par une jeune aliénée dans les circonstances suivantes :

Le mardi 6 novembre 1894, vers six heures et demie du soir, la mère Sainte Mélanie, chargée de la 16e division, — celle des agitées, — remarqua que l'une de ses pensionnaires, Mlle L. D..., avait le petit doigt de la main droite gonflé ; ce gonflement était dû à un anneau d'embrasse de rideau trouvé par la malade qui s'en était parée comme d'une bague, mais qu'à cause de son étroitesse elle n'avait pu faire entrer qu'avec difficulté. La religieuse craignant, et avec raison, que le gonflement n'augmentât encore pendant la nuit, se mit en devoir de retirer l'anneau du doigt de la malade ; comme elle s'agitait, elle la fit maintenir par trois infirmières, lui tenant l'une la main droite, l'autre la main gauche, la troisième la tête, et parvint non sans peine à mener à bien son opération. Au moment où elle la terminait, la malade s'arc-boutant contre les infirmières qui la tenaient, lança à la religieuse un violent coup de pied dans la région épigastrique gauche, au-dessous du sein, presque au niveau de la pointe du cœur. La mère Sainte Mélanie, suffoquée, eut encore le temps de sortir dans le préau, de s'asseoir sur une chaise sous la galerie ; elle balbutia quelques paroles, rendit par la bouche et les narines un liquide sanguinolent, puis rendit le dernier soupir.

L'aliénée qui a commis cet acte criminel, est une hystérique érotomane, avec paroxysmes de fureur et impulsions violentes des plus dangereuses. Les premiers symptômes de sa maladie mentale remontent déjà à plusieurs années et se sont manifestés à la suite de couches.

Ce douloureux événement a vivement impressionné tout le personnel de la maison nationale ; la malheureuse victime était aimée et estimée de tous. Depuis trente-cinq ans elle était au service des agitées qu'elle traitait avec une bonté et une bienveillance inaltérables ; c'était une de ces collaboratrices dévouées dont il fallait plutôt modérer le zèle que l'exciter.

L'administration lui fit des funérailles dignes d'elle et des services signalés qu'elle avait rendus. Le directeur, M. Horrie, au nom de M. le ministre de l'intérieur, prononça quelques paroles émues au bord de la tombe, pour dire un dernier adieu à cette nouvelle victime du devoir, morte au champ d'honneur.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle, le mardi 11 décembre 1894, sous la présidence de M. Rochard.

Parmi les prix décernés, nous relevons les suivants, qui ont été accordés à des travaux sur la pathologie mentale et nerveuse :

Prix Baillarger. — 2,000 francs (bisannuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés aux aliénés.

Deux concurrents se sont présentés. L'Académie partage le prix entre les deux candidats, M. le Dr Bourneville, de Paris, et M. le Dr A. Marie, directeur de la colonie familiale de la Seine, à Dun-sur-Auron (Cher).

Prix Civrieux. — 800 francs (annuel). — Question : *Des troubles du langage chez les aliénés.*

L'Académie a reçu un seul mémoire sur ce sujet. Il n'y a pas lieu de décerner le prix. La même question n'est pas remise au concours.

Prix Falret. — 900 francs (bisannuel). — Question : *Les somnambulistes.*

Il n'y a pas eu de candidat ; la même question sera remise au concours pour l'année 1898.

Prix Adolphe Monbinne. — 1,500 francs.

Une mention honorable est accordée à M. le Dr Meilhon, médecin de l'asile d'aliénés de Montauban, pour son mémoire portant le n° 5, qui a pour devise : *Ex oriente lux*, et pour titre : *L'aliénation mentale chez les Arabes.*

Prix Saintour. — 4,400 francs (bisannuel).

Parmi les encouragements accordés, nous relevons :

400 francs à M. le Dr Pierre Janet, de Paris, pour son ouvrage intitulé : *Etat mental des hystériques, les accidents mentaux et les stigmates.*

200 francs à M. Verwaest, de Paris, docteur en droit, auteur de l'ouvrage intitulé : *Etude médico-légale sur le secret professionnel.*

200 francs à M. le Dr Henri Lamy, de Paris, pour son travail sur la méningo-myélite syphilitique.

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1895, 1896 et 1897. Les *Annales* ont déjà publié les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse, proposées pour les deux premières années (V. numéros de janvier 1893, p. 153 et de janvier 1894, p. 177) ; voici celle proposée pour l'année 1897 :

Prix Civrieux. — 1,000 francs (annuel). — Question : *Valeur séméiologique des délires systématisés.*

NOTA. — Les concours de prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours doivent être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs.

PRIX DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Dans sa séance publique annuelle du lundi 17 décembre 1894, l'Académie des sciences a décerné les récompenses suivantes à des travaux relatifs à la physiologie et à la pathologie du système nerveux :

Prix Montyon (*Médecine et chirurgie*). — Des citations sont accordées : à M. le Dr ERNEST MARTIN, ancien médecin-major de l'Ecole polytechnique, avec encouragement pécuniaire, pour son ouvrage sur *L'opium, ses abus, mangeurs et fumeurs d'opium;* à MM. les Drs J. VOISIN et PETIT (de Paris) pour leurs *Recherches sur l'épilepsie.*

Prix Lallemand. — 1,800 francs. — Le prix est décerné à M. le Dr GLEY (de Paris), pour son *Etude des phénomènes physiologiques liés à l'activité psychique* et pour une série de travaux sur la *physiologie des nerfs*.

Des mentions honorables sont accordées : 1° à M. le Dr DE NABIAS (de Bordeaux); 2° à M. le Dr P. JANET, (de Paris), auteur d'un livre intitulé : *Etat mental des hystériques.*

Prix Pourat. — 1,800 francs. — Question : *Des influences qu'exercent le pancréas et les capsules surrénales sur le système nerveux et, réciproquement, des influences que le système nerveux exerce sur ces glandes, étudiées surtout au point de vue physiologique.*

Le prix est décerné à M. KAUFFMANN, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

Une mention avec encouragement pécuniaire est accordée à M. le Dr THIROLOIX (de Paris).

INFLUENCE DE LA RÉFORME DE PINEL SUR LE PROGRÈS MORAL DE L'HUMANITÉ

Dans un remarquable artiele sur le *Progrès moral*, publié dans la *Revue philosophique* (numéro de déeembre 1894), M. Guillaume Ferrero, étudiant l'influenee du progrès de la seienee sur l'amélioration morale de notre espèce, n'a pas de peine à démontrer « que toute invention ou déeouverte seientifique qui permet à l'homme d'atteindre un eertain but en infligeant aux autres hommes une quantité plus petite de douleur, produit par elle-même un progrès moral, partiel dans ce ehamp de l'aetivité humaine ».

« Telle, par exemple, ajoute-t-il, a été la révolution, seientifique et morale en même temps, due à Pinel pour le traitement des maladies mentales. On sait qu'avant Pinel les fous n'étaient pas eonsidérés eomme des malades, mais plutôt eomme des possédés, des pervertis ; et qu'ils étaient traités en eonséquenee. On les entraînait, on les emprisonnait dans d'horribles eaehots, dont l'air empoisonné hâtait la mort; on les frappait, on les exposait enfermés en eage, au publie, qui s'amusait à les irriter et à les tourmenter eomme on fait dans les ménageries avee les bêtes sauvages. Même en 1770, le *Bethleem Hospital* de Londres tirait une partie eonsidérable de son reveuu de l'exposition publique des fous, enehaînés ou enfermés dans des eages de fer. Aux malheureux malades, on appliquait eertains systèmes thérapeutiques, qui, aujourd'hui, nous paraîtraient des tortures plus que des remèdes ; il y avait entre autres, par exemple, les bains par surprise, eonstruits de façon que les fous, passant sur une espèee de trappe bien eaehée, tombaient dedans tout à coup. Parfois on les enehaînait dans des puits où on faisait entrer de l'eau (1), jusqu'à ee qu'elle arrivât à la hauteur de leur eou. Dans les eas les plus ineurables, on finissait par les frapper et par les fouetter. Il n'y a pas, en somme, d'histoire plus horrible que eelle-ei, pour démontrer à quelles aberrations l'homme peut être amené par la terreur et par le préjugé. Tout cela est du reste réeent, ear ees horreurs existaient eneore à la fin du siècle passé; mais trente ans après, en 1830, elles avaient disparu presque dans toute l'Europe. A quoi doit-on attribuer ce progrès merveilleux? Les hommes n'étaient eertainement pas devenus, dans ee peu d'anuées, meilleurs qu'ils

(1) W. P. Letwehorth, *The insane in the foreign countries*· New-York et London, 1889.

étaient auparavant; mais ils s'étaient aperçus qu'il y avait des moyens de traitement à la fois plus utiles et plus doux. Un homme de génie et de cœur, Pinel, le leur avait montré, avec cette propagande tenace et patiente qui est nécessaire pour détruire les préjugés de la peur; et lorsque cette persuasion fut bien claire et définie dans les esprits, l'horreur morale et la cruauté de ce qui se faisait auparavant se dévoilèrent à leur esprit, et l'humanité accomplit un progrès moral important. »

TRIBUNAUX

Placement volontaire des aliénés. Contravention à la loi du 30 juin 1838. — Nous empruntons au journal *Le Droit* (numéros des lundi 22 et mardi 23 octobre 1894) le compte rendu suivant de ce procès, qui a vivement surpris tous nos confrères, mais sur lequel nous appelons toute leur attention :

« M. le Dr Jules Falret, conseiller municipal de Vanves, y tient un établissement d'aliénés fort important, fondé vers 1820 par son père. Il tient également une clinique rue du Bac, à Paris, et occupe un poste médical à la Salpêtrière. Les renseignements de police le signalent comme « très charitable, très désintéressé, universellement respecté à Vanves ». Le Dr Falret est décoré de la Légion d'honneur.

Une double contravention, autour de laquelle certaine presse a fait grand tapage, et qui vraiment n'entache en rien son honorabilité, le conduisait tantôt devant la huitième chambre.

Voici comment la prévention s'exprime à ce sujet.

« Le 7 août 1892, le Dr Falret, directeur de la maison de santé sise rue Falret, n° 2, recevait dans son établissement, sur une demande écrite par un nommé Nadaud et signée d'une veuve Chambrey, la dame veuve Horay chez laquelle le Dr Jouliard avait constaté les manifestations du délire de la persécution.

« A cette première irrégularité, il en joignait une autre en omettant de s'assurer de l'individualité de la personne par qui la demande avait été formée. Or, ce point avait une importance d'autant plus grande que la veuve Chambrey, signataire de la demande, s'était faussement attribué la qualité de cousine germaine de l'aliénée, et que cette inexactitude eût été facilement reconnue si le Dr Falret se fût entouré de renseignements que la loi lui fait une obligation de recueillir. »

En conséquence, M. le substitut relève contre l'inculpé deux contraventions aux articles 8 et 41 de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés :

1° En recevant dans son établissement, à Vanves, Mme Horay, sans que la demande d'admission soit *écrite* de la main même de la personne qui l'avait *signée* ;

2° En ne s'assurant pas de l'individualité de la personne qui avait formé la demande.

A l'audience, M. le Dr Falret déclare regretter les irrégularités qu'on lui reproche (irrégularités sans conséquence, puisque l'interné est réellement aliénée), et le tribunal, après plaidoirie de Me Porée et sur les réquisitions de M. le substitut Courtin, prononce une condamnation à 300 francs d'amende pour la double contravention. »

(Tribunal correctionnel de la Seine. — 8e chambre. — Audience du 22 octobre 1894. — Présidence de M. Jalenques).

Cette condamnation paraîtra bien sévère pour une simple contravention et appliquée à un maître éminent en aliénation mentale, dont aucun de ceux qui le connaissent ne met en doute la conscience, le souci de la légalité qu'il apporte dans la direction de sa maison de santé. Aussi certains journaux politiques, ennemis nés des aliénistes et de la loi de 1838, ont-ils saisi avec empressement l'occasion pour accuser M. Falret de séquestration arbitraire. Notre savant ami a coupé court à ces injustes accusations en adressant à l'un d'eux (*La Rive gauche*, numéro du 4 novembre 1894) la lettre suivante que nous croyons devoir reproduire ; elle est en quelque sorte le complément du compte rendu du procès.

« Vanves, 23 octobre 1894,

« Monsieur le Directeur,

« Dans le numéro du dimanche 28 octobre de votre journal vous avez fait, sous le titre de *séquestration arbitraire*, un compte rendu tout à fait inexact de l'affaire me concernant qui vient de se terminer en police correctionnelle. Je viens donc, monsieur, faire appel à votre bonne foi et à votre impartialité, en vous priant de rétablir la vérité des faits dont les journaux ont singulièrement exagéré l'importance, et qui, s'ils étaient exacts, pourraient porter atteinte à mon honneur.

« Je vous adresse, monsieur, en même temps que cette lettre, un numéro du journal *le Droit*, du mardi 23 octobre, dans lequel les faits qui me concernent sont relatés avec exactitude et qui pourra vous éclairer sur les détails de cette affaire si complètement dénaturée par les journaux.

« Cette affaire, en effet, était très simple. Il s'agissait uniquement d'une légère contravention à *la lettre* d'un article de la loi du 30 juin 1838, qui exige que la demande faite pour l'admission des aliénés dans les asiles qui leur sont consacrés,

soit écrite entièrement de la main de la personne qui la signe. C'était là le seul grief qui m'était imputé par le parquet et qui a motivé ma condamnation à une amende, *pour infraction à la lettre et non à l'esprit de la loi;* car cette même infraction est commise fréquemment par tous les directeurs des asiles publics et privés d'aliénés de Paris et de la France entière (même des asiles du gouvernement) sans qu'il en résulte aucun dommage ni pour les malades, ni pour leurs familles, ni pour la société elle-même. Ce qu'il importe pour moi, monsieur, de bien établir c'est qu'il n'a jamais été question dans cette affaire de séquestration arbitraire, attendu que la malade, qui a été internée chez moi, était bien aliénée et que sa folie n'a jamais été contestée par personne.

« Elle avait déjà été enfermée comme aliénée, l'année précédente, à l'asile Sainte-Anne, *par ordre du Préfet de police.* On l'avait remise en liberté, comme améliorée, mais non comme guérie. Dans le logement qu'elle occupait à Paris, rue du Cherche-Midi, elle avait attiré, depuis longtemps déjà, l'attention des voisins, qui avaient même adressé des plaintes, à son sujet, au commissaire de police du quartier. Elle se promenait, la nuit, dans les corridors, pour échapper aux attaques de ses persécuteurs imaginaires, dont elle croyait entendre les voix, et elle s'était même réfugiée, une fois, pendant quarante-huit heures, dans les cabinets d'aisances, pour se soustraire aux décharges électriques que ses ennemis lui faisaient éprouver, disait-elle, quand elle restait couchée dans son lit. Son internement était donc pleinement justifié par son état mental et même par son état physique, qui exigeait des soins spéciaux et il aurait été provoqué par le commissaire de police lui-même, si elle n'avait pas été placée dans notre maison. Une fois admise dans notre établissement, elle a été soumise à toutes les inspections exigées par la loi.

« Nous avons prévenu immédiatement sa famille résidant à Bordeaux, nous avons demandé la réunion du conseil de famille pour statuer sur son sort et c'est à la suite d'une délibération de ce conseil que nous l'avons remise entre les mains de son beau-frère, désigné par ce conseil, pour la conduire à Bordeaux. J'ai appris depuis lors, qu'après un séjour de quelques mois auprès de ses parents, ceux-ci ont été obligés de la replacer dans une maison de santé de Bordeaux.

« Tels sont, monsieur le rédacteur en chef, les faits qui me concernent dans toute leur vérité. Vous voyez qu'ils ne justifient nullement le titre de *séquestration arbitraire* que vous avez donné à votre article.

« Je ne doute donc pas, monsieur, qu'après avoir pris connaissance de ces faits, vous ne donniez pleinement satisfaction

à ma demande bien légitime, en insérant ma lettre dans le plus prochain numéro de votre journal,

« Veuillez agréer, monsieur, la nouvelle assurance de mes sentiments bien dévoués.

« Dr J. Falret. »

Les aventures de Macrez. — On lit dans le *Temps* (numéro du 13 novembre 1894) :

« Hier est revenue devant les assises l'affaire de Macrez, cet ex-notaire de la Sarthe qui, en mai dernier, avait tenté d'incendier la forêt de la Braconne, près d'Angoulême, et avait refusé, au moment de son arrestation, de faire connaître le motif qui l'avait fait agir.

Traduit à la session de septembre devant les assises de la Charente, Macrez avait fait connaître ce motif, ainsi que sa vie accidentée. Après avoir été notaire et maire dans la Sarthe, où d'excellents renseignements étaient fournis sur son compte, Macrez était allé s'installer dans Loir-et-Cher.

Là sa vie changea brusquement. A sa conduite antérieure, succéda une vie de débauche effrénée. Enfin, il se lança dans des spéculations malheureuses, partit pour l'Algérie, où il fut condamné plusieurs fois, ainsi qu'à son retour en France.

Questionné sur le motif qui l'avait poussé à tenter d'incendier la forêt de la Braconne, il répondit qu'en menant sa vie de débauche, il avait gravement offensé l'Etre suprême, qu'il voulait expier ses fautes et être envoyé dans ce but aux travaux forcés.

Devant cette réponse extravagante, la Cour avait renvoyé l'affaire à la session suivante afin de soumettre Macrez à un examen médical.

Aujourd'hui Macrez a renouvelé les déclarations qu'il avait faites à la dernière session.

Les médecins légistes sont venus déclarer que c'était un déséquilibré atteint du délire mystique et qu'il était irresponsable.

Le ministère public s'est associé aux conclusions des médecins et a demandé l'acquittement, qui a été prononcé.

Macrez va être, par mesure administrative, enfermé dans une maison de santé ou d'aliénés. »

FAITS DIVERS

Un drame à l'asile de Villejuif. — Le 10 décembre un aliéné en a frappé mortellement un autre à l'asile de Villejuif dans les circonstances suivantes : Une équipe d'ouvriers, dirigée par le

chef cantonnier, recouvrait de mâchefer le sol du 6e quartier (agités) ; vers quatre heures du soir, un malade du quartier sort dans la cour, va droit au cantonnier placé à 15 mètres de la porte, saisit un pilon en fer que celui-ci venait de poser pour prendre un autre outil, revient en courant dans le quartier, et, sans proférer une parole, frappe de son arme la première personne qu'il rencontre. La scène tout entière n'a pas duré une minute.

La victime, un paralytique général, était accroupi sur le sol, en train de gesticuler ; le pilon l'a atteint au niveau de la région molaire du côté droit produisant une plaie profonde, de 4 centimètres de longueur, au niveau de l'angle externe de l'orbite, et une fracture des os voisins. Le blessé a succombé à sept heures du soir.

Le meurtrier, âgé de trente-quatre ans, est atteint de débilité mentale avec périodes d'agitation et délire polymorphe extrêmement diffus (idées de persécution, idées mélancoliques, idées vaniteuses, idées mystiques) ; il était à l'asile depuis deux ans et on n'avait pas de raison de le considérer comme particulièrement dangereux. Il était sombre, parlant peu, plutôt ennuyeux que violent, cherchant à embrasser toutes les personnes qui l'approchaient. Il s'est laissé désarmer et mettre en cellule sans trop de résistance. Interrogé sur les mobiles qui l'avaient poussé à frapper son camarade avec lequel il n'avait jamais eu de discussion, il a répondu avec le plus grand calme : « Je ne sais pas, moi, que voulez-vous, c'est la Providence, il est mort, c'est un homme mort, que voulez-vous. » Quelques jours plus tard, plus expansif qu'il ne l'avait jamais été depuis son entrée à l'asile, il a donné au Dr Vallon, médecin du service, les explications suivantes : « Je ne suis pas heureux d'être ici, on ne me laisse pas tranquille, on ne veut pas que je sorte, il vaut mieux qu'on me tue d'un seul coup, comme ça au moins on ne parlera plus de moi, je suis poussé tous les jours à tuer du monde, alors qu'on me tue, je ne me fais pas de bile, mais pourquoi venez-vous ici pour m'affoler le sang. » Tout en parlant il cherchait comme d'habitude à embrasser les personnes placées autour de lui. En somme, P... est un débile ; il semble avoir frappé, non pour obéir à une hallucination, mais sous l'influence d'une impulsion pathologique.

Incendie d'un asile d'aliénés. — On télégraphie de Jonkœping (Suède) au *Temps* (numéro du 2 novembre 1894), qu'un asile d'aliénés situé dans la banlieue de la ville a entièrement brûlé. Quinze malades ont péri dans les flammes.

Nombre de chaires de psychiatrie et de neurologie dans les principales villes du monde. — Dans un récent article du *Pro-*

grès médical (numéro du 19 novembre 1894), M. Marcel Baudouin a dressé un tableau comparatif des chaires cliniques spéciales dans les priucipales villes du monde. En ce qui concerne la neurologie et la psychiatrie, nous y voyons que si Paris n'a pour ses 4,500 étudiants qu'uue seule chaire de l'uue et de l'autre, Vienne, pour 3,000 étudiants, possède quatre cours de neurologie et six de psychiatrie, plus un cours de craniométrie; Chicago, pour 1,000 étudiants, trois cours de neurologie et quatre de psychiatrie; New-York-Brooklyn, pour 2,000 étudiants, cinq cours de neurologie et autant de psychiatrie; enfin, Berlin, pour 1,400 étudiants, trois cours de neurologie et cinq de psychiatrie.

Suicides en France en 1891. — Voici quelques renseignements sur le nombre des suicides en France pendant l'année 1891. La progression des suicides ne s'est pas arrêtée. En 1891, on en compte 8,884, chiffre en augmentation de 474 sur celui de 1890. Dans la période quiuquennale 1876-1880, la moyenne annuelle n'était que de 6,259 suicides.

La paralysie générale en Islande. — On lit dans le *Bulletin médical* (numéro du 21 novembre 1894) : « D'après un travail de M. Ehlers, présenté à la *Société de dermatologie*, la syphilis est très rare en Islande et elle ne s'y répand pas, ce qui tient à la dissémination des habitants. La paralysie générale a été vue une seule fois daus la capitale de l'île chez un malade ayant mené joyeuse vie à l'étranger; deux sujets en ont été atteints dans le seul port de l'île où il y ait des prostituées. »

Testament excentrique. — L'*Union médicale* (numéro du jeudi 22 novembre 1894) rapporte le fait suivant : « Un peintre vient de se suicider laissant un testament curieux. Lors d'une première tentative de suicide sans résultat, il avait déclaré léguer son cadavre au Muséum afin qu'il soit donné en pâture aux lions et aux tigres. Cette fois-ci il a légué son corps à l'Académie de médecine, qui a, bien entendu, refusé cette généreuse donation. Le cadavre du peintre a donc été laissé à la famille. »

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — Imprimerie L. MARETHEUX, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DE L'ALIÉNATION MENTALE ET DE LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie

DÉLIRE SYSTÉMATISÉ DES GRANDEURS

SANS AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL NOTABLE CHEZ UN VIEILLARD DE QUATRE-VINGTS ANS PASSÉS

PAR LES Drs

GILBERT BALLET et **F.-L. ARNAUD**

Professeur agrégé à la Faculté, médecin à l'hôpital Saint-Antoine.

Médecin-adjoint de la Maison de santé de Vanves.

Ja..., âgé de quatre-vingt-deux ans, entre à la maison de santé de Vanves, au mois d'août 1891, pour un état « *d'excitation cérébrale avec conceptions ambitieuses et désordonnées ;* affaiblissement des facultés ».

Physiquement, Ja... est un grand vieillard d'aspect vigoureux, d'allures vives. *Vue* bonne, bien qu'il doive se servir de verres pour lire et écrire. — *Ouïe*, bonne également. Ja... est *diabétique* depuis plus de vingt-cinq ans, et nous avons pu constater à Vanves, qu'il avait parfois jusqu'à 65 grammes de sucre par litre d'urine. Mais il n'y avait pas de polyurie, et, d'autre part,

la proportion de sucre tombait au-dessous de 10 grammes et même, pendant d'assez longues périodes, à zéro, dès que Ja... consentait à suivre un régime et un traitement convenables. C'est par là que s'explique la conservation de sa santé.

Les *antécédents héréditaires* sont inconnus.

Ja... est le *onzième* enfant d'une très modeste famille d'ouvriers. Par sa vive intelligence, par son énergie, il a pu s'élever, à peu près sans appui, à une brillante situation. Médecin répandu, auteur de plusieurs travaux estimés et récompensés par l'Académie de médecine et par l'Institut, il avait su acquérir, à Paris, une belle clientèle et une fortune assez considérable.

Sur *son passé mental*, les renseignements que nous tenons de ses enfants, n'ont pas de signification bien particulière. Nous savons que Ja... était d'un caractère *vif*, *emporté*, *autoritaire;* ses succès lui avaient inspiré un orgueil manifeste, une ambition exagérée. Mais, jusqu'à ces derniers temps, il n'aurait présenté aucune bizarrerie marquante et notamment, à aucune époque, rien qui pût faire songer à du délire.

En 1885, Ja... perd sa femme. C'est pour lui un très vif chagrin qui semble avoir complètement modifié son existence et sa manière d'être. Quelques mois après, il se met à jouer à la Bourse, et il joue, au dire des agents de change, « *comme un détraqué* ». Naturellement, il perd une grande partie de sa fortune et se trouve dans de gros embarras d'argent. Un peu plus tard, il prend à son service une bonne de trente ans, qui ne tarde pas à le dominer et à le brouiller avec sa famille. Il avait alors, nous le répétons, près de quatre-vingts ans, et personne n'a constaté à ce moment un affaissement dans ses facultés.

En octobre 1890, il achète en province une propriété. La famille n'apprend cet achat que six mois après et par Ja... lui-même. Il en parle avec enthousiasme, prétend que sa propriété est « *un ancien château fort du duc de Guise le Balafré* », et il annonce qu'il y va fonder, pour la guérison de la tuberculose d'après une méthode par lui inventée, un « *Sanarium-Sanatarium* », capable de recevoir *mille malades*.

En réalité, cette propriété, sans importance, se compose de trois misérables habitations de paysan qui, de près ni de loin, n'ont absolument rien d'historique ni de féodal pouvant expliquer que Ja... y ait vu *un château fort du duc de Guise*. C'est donc là, et de toutes pièces, une véritable *idée délirante*, la première qui se soit manifestée chez notre malade.

Ja... se rend donc, en mars 1891, dans son château imaginaire. Il se prétend lié intimement avec les ministres, avec M. Quesnay de Beaurepaire. Tout entier à la réalisation de son projet, il fait des visites aux autorités locales, donne des indications pour des travaux d'aménagement, commande cent lampes à esprit-de-vin, etc. Sur les mille malades qu'il va installer, les pauvres seront admis gratis, les riches devant payer un prix assez élevé pour couvrir tous les frais. Il fait imprimer des prospectus où son délire ambitieux éclate comme une fanfare : « Je fixe là la réalisation d'un rêve, depuis longtemps par moi caressé, parce que, depuis longtemps aussi j'avais la certitude de guérir la tuberculose par ma méthode et ses procédés. Comme César, je puis dire : *veni, vidi, vici;* mais César avait ses légions disciplinées, aguerries de longue date, marchant de victoire en victoire. Moi, je n'avais que ma volonté de fer, mon travail indomptable, mon cerveau seul pour tout comprendre, tout dicter, tout embrasser, et mon unique fortune pour tout solder... Aussi, puis-je crier bien haut sans hypocrisie et sans un but odieux d'ambition personnelle ce que j'inscris sur mon drapeau : Pour Dieu et pour la France! »

Mais il finit par se créer des difficultés avec le sous-préfet, avec le tribunal, qu'il accuse de mauvais vouloir et d'hostilité envers lui; il engage des procès contre diverses personnes; enfin, après s'être beaucoup agité sans avoir rien fondé, il revient à Paris. Possédé d'un besoin d'activité, extraordinaire à son âge, il avait établi à Paris un second *sanarium* pour trois cents malades. Le plus étrange, c'est qu'il a eu réellement ici deux ou trois malades qui ont subi, sans trop de dommages, paraît-il, le bizarre traitement qu'il avait imaginé et qui, sommairement, se réduisait à des inhalations de vapeurs de *cinabre, sous une tente en toile et à une température de* 110 *degrés* (???). La police s'en émut, et, après une existence éphémère, le sanarium fut fermé par autorité de justice.

Cependant, Ja... continuait de plus belle à gaspiller les débris de sa fortune; sous l'influence de son état d'exaltation, il courait sans cesse et jusqu'à une heure avancée de la nuit les ministères et le Palais de justice. Sa famille, justement inquiète, se décida à intervenir et à placer le malade dans une maison de santé (août 1891).

Interné, Ja... se considère comme victime de l'ignorance de sa famille, qui ne comprend rien à ses merveilleuses découvertes, et de la jalousie de rivaux que sa supériorité offusque et

gêne. Il s'émeut, il pleure en parlant des persécutions qu'il a subies et de ses entreprises arrêtées. Cet état émotif, qui dure quelques jours, fait croire à tort à un *affaiblissement des facultés*, signalé dans les premiers certificats et considéré comme le début d'une démence sénile. La suite prouva que cette appréciation était erronée, et une note du mois d'avril 1893 (*vingt mois après l'entrée*) porte : « Même délire ambitieux, mais *sans affaiblissement appréciable des facultés* ».

Les conceptions délirantes de grandeur, déjà très développées chez le malade au moment de son entrée, se sont accrues et multipliées jusqu'au délire ambitieux le plus effréné, étendues à toutes les manifestations de la vie corporelle et de la vie mentale : Ja... comme médecin est supérieur aux plus grands maîtres; — il est un poète dont les œuvres « font pâlir les ombres de Dante, de Shakespeare, de Corneille, de Victor Hugo », etc ; il va « rénover la scène française »; — il est un politique éminent, un économiste supérieur; — résoudre la question du canal de Panama n'est pour lui qu'un jeu d'enfant, et il établit un plan industriel et financier qui forcera l'admiration du monde ; — il est plusieurs fois millionnaire ; — il est le premier chanteur de son époque, et dans tous les registres indifféremment ; malgré son grand âge, il a plus de force et d'énergie que l'homme de quarante ans le plus vigoureux ; — jamais un homme capable de lui être comparé « n'a paru sur la terre » ; — il sait tout et il peut tout, mais ces mérites éclatants ne doivent lui être qu'indirectement attribués, car il les tient de Dieu qui le soutient, qui l'inspire, dont il n'est que le secrétaire quand il écrit ses œuvres sublimes, etc., etc.

Par leur nombre, par leurs développements, par leur brillant, ces idées délirantes diffèrent déjà beaucoup de ce que l'on est accoutumé d'observer chez les délirants ambitieux séniles. Mais ce qui surtout est remarquable, c'est la prodigieuse activité cérébrale que cet octogénaire a mise au service de son délire, activité qui, pendant trois années, s'est soutenue sans une défaillance et jusqu'au moment de la mort.

Dès les premiers jours qui suivent son entrée à Vanves, Ja... réclame avec énergie contre son internement. Il écrit lettres sur lettres à des amis, à des fonctionnaires, à des députés. Il adresse de volumineux mémoires au préfet de police, au tribunal, au président du conseil, au Président de la République, etc. Le tribunal retient l'affaire, un procès s'engage. Ja... confère, par conversation et par écrit, avec un avoué, avec un

avocat. Apres examen du dossier et sur le vu du rapport de l'un de nous, commis à titre d'expert, la chambre du conseil refuse la mise en liberté. Ja... fait appel du jugement, renouvelle et multiplie ses écrits et ses démarches, et il obtient de comparaître en personne, *de plaider lui-même sa cause*, car il n'a pas voulu du secours d'un avocat. Sa réclamation est encore rejetée, et, cette fois, définitivement.

Mais le malade ne limite pas son activité et son énergie intellectuelles à la poursuite de sa liberté. Tout en s'occupant de cette affaire, si importante pour lui, il se découvre des aptitudes poétiques jusqu'alors insoupçonnées; jamais auparavant, il « n'avait songé à faire un vers ». Et, tout de suite, il se met à l'œuvre, produisant tous les jours de nouvelles « poésies », depuis le modeste quatrain jusqu'à la tragédie et jusqu'à l'épopée. Il compose un *Cid en action*, exactement distribué comme le *Cid* de Corneille, mais, écrit-il à M. Claretie, « avec une différence à mon avantage de quatre à cinq cents vers, qui pourront être conservés ou retranchés suivant que vous le jugerez opportun ». — Il écrit pour M. Koning, directeur du Gymnase, « un mélodrame parfait, qui rénove la scène dans le sens que vous l'avez rêvé, vous, homme de génie ». Au mois de décembre 1891, *quatre mois après son entrée*, il avait déjà produit plusieurs « œuvres » de longue haleine; et il en envoyait la liste à un de ses amis dans les termes suivants :

« Ce que je viens de faire en trois mois et demi dépasse tout ce que l'imagination peut concevoir. Je croyais avoir fait quelque chose de grand à M..., en installant mon sanatarium avec les plus belles créations en plusieurs genres. Feu de paille ! Ici, j'ai : 1° rédigé 660 pages de mon grand ouvrage, dont la première partie a déjà paru;

« 2° J'ai fait un *mélodrame* d'autant plus beau qu'il a été vécu par moi d'un bout à l'autre et dont les personnages, dans les grands rôles, sont en partie de vos administrés. Gare à la bombe ! Je le vends au génial Koning, 1,800,000 francs, quand deux autres m'offrent chacun 2 millions. Mais ceci n'est rien, il lui rapportera au moins cinq fois autant tous les ans; vous voyez quelle série de millions !

« 3° *Un poème épique* de deux mille vers alexandrins, fait en cinquante heures devant témoins et montre en main, quand ce pauvre Boileau, pour son *Lutrin* de mille deux cent vingt-six vers, a mis cinquante mois ! Je travaille à la vapeur;

« 4° *Une tragédie*, « le Cid en action », vécue aussi d'un

bout à l'autre, en opposition au *Cid* de Corneille, tout de fiction ;

« 5° *Un vaudeville* en vingt tableaux, tout de mon cru ;

« 6° *Mes* « *Châtiments* », qui laisseront bien pâles ceux de Victor Hugo ;

« 7° *Une satire* sanglante, écrasante ;

« 8° Une foule d'*odes, épopées, satires, louanges, mélopées, chansons,* pas moins de quatre à cinq mille vers. Plus *cinq beaux mille vers* pour le Théâtre-Français, à la condition que Claretie se charge de les charpenter, chose à moi inconnue.

« Quand je vous disais que vous seriez plus que surpris, quand vous aurez vu l'œuvre que Dieu m'a fait accomplir, et surtout quand vous saurez que depuis ma sortie de pension, il y a soixante-huit ans, je n'avais jamais songé à faire un vers. Et maintenant j'écris plus vite en alexandrins qu'en prose ; en moyenne, deux vers à la minute, et, par exception, quand le sujet me tente, trois à la minute, etc. »

Beaucoup d'autres travaux suivirent : traduction en vers de la plupart des offices religieux, la messe, les vêpres, une partie des évangiles, etc. ; copieuses pièces de vers dédiées à la Reine d'Angleterre, à M^me^ Carnot, au cardinal Rampolla, aux ministres, à plusieurs magistrats, etc. ; — un nombre énorme de quatrains, de sonnets, de chansons, de satires, etc., etc.

Non moins fécond en prose, il écrit d'innombrables lettres d'injures aux médecins de la maison, à ses enfants qui l'ont fait interner, aux magistrats qui lui ont refusé justice, aux ministres qui ont laissé faire ou qui sont complices, aux avocats qui l'ont trahi, etc. Suivant de très près les événements politiques, il adresse des conseils et des remontrances aux divers ministres, aux députés influents ; il affirme qu'il a prévu et prédit les changements du ministère, les votes importants de la Chambre. Il est intarrissable sur M. Lozé et la question des chiens, sur l'affaire du Panama. A propos de cette dernière question, il prépare une conférence qu'il fera, dit-il, à la salle des Capucines et où il exposera un moyen aussi simple qu'infaillible de relever et de mener à bien l'entreprise, etc., etc.

Ja... qui se vante d'écrire en prose et en vers, avec une extrême facilité, puisqu'il écrit *sous la dictée de Dieu*, a l'habitude d'indiquer par une note, à la fin de chacune de ses « œuvres », le temps qu'il y a consacré : « *fait en dix minutes, en vingt minutes, en quatre-vingts minutes, en cinquante heures* », etc.

Et, de fait, il écrit avec une facilité et une rapidité surprenantes chez un homme de cet âge, et la quantité de ses productions est tout à fait extraordinaire. C'est, précisément, et abstraction faite de toute qualité littéraire, cette production cérébrale intense, soutenue, à un âge aussi avancé, sans interruption et sans affaiblissement apparent des facultés, qui est véritablement surprenante. C'est elle qui constitue le principal intérêt de cette observation.

Evidemment, ses vers sont moins *sublimes* qu'il ne le pensait et ne sont pas de nature à *faire pâlir* l'ombre de Victor Hugo, celle même de Baour-Lormian. Mais enfin, comme on le verra par les fragments que nous donnons ci-dessous, quelques-uns d'entre eux ne sont point trop détestables ; la plupart ont à peu près le rythme et la rime, souvent le mouvement, l'énergie, la passion ; ils présentent un sens assez clair, et ils développent sans incohérence l'idée qu'a voulu exprimer l'auteur.

Bref, tels qu'ils sont, ils ne trahissent aucune sénilité, ils ne déshonoreraient pas un aliéné de quarante ans.

Nous avons dit que Ja... était diabétique depuis de longues années. En octobre 1893, il fut atteint d'un phlegmon de la parotide qui, malgré une intervention chirurgicale, emporta le malade en quatre jours. Dès le début, Ja... se déclara perdu, discutant son cas et suivant les progrès du mal avec une lucidité parfaite et une stoïque simplicité, mais conservant encore toutes ses idées délirantes. Il s'éteignit doucement après quelques heures d'un état demi-comateux qui suivit l'opération chirurgicale. Il avait quatre-vingt-quatre ans révolus.

L'observation qui précède peut être résumée en quelques mots : un vieillard de quatre-vingts ans passés, à antécédents héréditaires inconnus, n'ayant jamais présenté de tare psychique appréciable, manifeste un délire des grandeurs qui prend bientôt une énorme extension. Le délire se caractérise, dans chacune de ses manifestations, par une cohérence et une systématisation exclusives de toute sénilité mentale ; il s'accompagne d'une prodigieuse activité cérébrale qui se soutient sans défaillance, pendant trois ans, jusqu'au moment de la mort.

Aux idées de grandeur primitives s'ajoutent, secondairement et à l'occasion des obstacles que rencontre le malade dans la réalisation de ses projets insensés, quelques idées de persécution qui n'ont joué aucun rôle dans la genèse des troubles délirants, mais qui ont servi de stimulant à l'activité du malade.

A aucun moment, il n'y a eu d'hallucination d'aucun genre.

Ce fait soulève une importante question de doctrine. A quelle forme nosographique le rattacher ? Ja... n'est certainement pas un persécuté classique, arrivé à la phase des idées de grandeur. Nous n'indiquons cette hypothèse que pour mémoire et pour l'éliminer tout de suite.

Ja... n'est pas davantage un malade délirant sous l'influence de lésions cérébrales dues à la séuilité ; son délire a trop de *tenue*, l'ensemble de ses facultés mentales trop de vitalité et de vigueur pour que l'on puisse le regarder comme un sénile. Car, le terme *sénilité* implique nécessairement quelque degré d'amoindrissement, quelque déchéance des facultés qui n'ont pas été observés chez notre malade : Ja... est *un vieillard qui délire* comme délirerait un homme dans l'âge moyen de la vie, il n'est pas un *délirant sénile*.

Rien, ni dans l'état physique, ni dans l'état mental, ne nous autorise à faire intervenir ici la notion de *dégénérescence*, à laquelle on revient trop volontiers pour classer les cas inclassables.

Il est facile de dire ce que n'est pas notre malade ; il l'est moins de déterminer ce qu'il est. On ne peut que ranger son cas parmi ceux peu nombreux de *mégalomanie* simple, dont la signification nosologique reste à préciser.

Voici maintenant quelques fragments des écrits de notre malade :

A M. Victor Koning.

Vanves, 24 octobre 1891.

Monsieur,

J'ai composé à votre intention, dans l'espaee de neuf jours, un mélodramo parfait, qui rénove la scène dans le seus que vous l'avez rêvé, vous, homme de génie seul dans l'espèce.

Quatre eeut mille dollars le payerait l'Amérique. La Porte-Saint-Martin mettrait toujours cent mille franes de plus.

Je ne sais combien de roubles la Russie et de livres sterling la puissante Albion. Il serait plaisant d'ouvrir les enchères.

La pièee est d'un Francais, elle doit rester française. Si Claretie voulait entrer dans la voie de rénovation, sans délaisser eomplètement les anciens elassiques, je pourrais peut-être lui en fournir l'oeeasion.

J'ai, en einquante heures, montre en main, devant témoins, produit un poème épique de deux mille eent alexandrins, ayant le souffle du Cid, l'audace de Victor Hugo et ma propre conturnure. Puis quelques mille vers à choisir pour intercaler dans eette scène. Claretie pourra juger l'hommc par son commentaire et son jugement sur le *Cid*. Je le tiens à sa disposition.

Votre bien dévoué.

P. S. — En votre faveur, mon mélodrame, qui m'a coûté ueuf jours de labeur, est de deux mille francs par jour : total 18,000 francs, pas un sou de moins. Par une combinaison, mon librctto, que je me réserve exclusivement, me rapporte de suite trois millions nets.

A sa Seigneurie lord Dufferin, ambassadeur d'Angleterre.

17 février 1892.

Milord,

J'ai l'honneur d'adresser à Votre Seigneurie ces strophes destinées à la Reine des Trois Royaumes unis et Impératrice des Indes.

Je vous serai bien reconnaissant, Milord, si vous voulez avoir la bouté de lcs lui faire parvenir.

Lc service que je veux rendre à l'Angleterre est un de ceux qu'une grande nation accepte toujours avcc plaisir. Celui-ci au moins a, entre tous ses mérites, celui de préserver de la mort

les marins qui parcourent les mers, au lieu de perfectionner des engins pour la plus rapide destruction de l'ennemi dans les batailles.

Mon mémoire avec tous ses développements et la mise en évidence de ce qui est un secret pour tout le monde, est fait depuis le 17 septembre dernier. Et j'en annonçais l'envoi à lord Lytton dans une lettre où je joignais mon commentaire et mon jugement sur le *Cid*, de Corneille; vous pourriez la faire réclamer à la préfecture de police, qui a tout saisi.

Si vous daignez envoyer un de vos secrétaires, Milord, je lui remettrai en mains propres ce mémoire, que les grands médecins et chirurgiens d'Angleterre, dont je connais quelques-uns de réputation, tels que sir Paget, Lister, de Dublin, etc., pourront examiner avec leur si haute intelligence, en vérifier l'exactitude, ou en relever les erreurs si je me fais illusion. C'est même devant eux que je voudrais, moi-même, faire la démonstration.

Milord et Seigneurie, j'ai l'honneur de déposer à vos pieds, comme le représentant de la grande Reine, mes plus profonds et plus humbles respects.

A la Reine des Trois Royaumes Unis, à l'Impératrice des Indes.

Reine tant adorée en sa libre Angleterre
Par ses sujets heureux, qui couvrent son parterre
Avec leur cœur, ces fils de la noble Albion
Qui grandissent ainsi leur reine et leur nation.
Mère ! aussi éprouvée à cette dernière heure
Par le deuil de l'enfant que tout le monde pleure !
Mais qui sais supporter toute ton affliction
Pour soutenir l'éclat de ta grande nation :
Par de nombreux enfants dont tu peux être fière
A ta chère Albion et à ton Inde entière
Tu assure à jamais les droits, la protection,
Dont moi, pauvre Français, connais la proportion.
Je voudrais être né dans ton royal empire,
Et être gouverné, j'ose bien haut le dire,
Dans ce pays si libre où, en sécurité
Vivent tous les proscrits. Quel que soit le côté
D'où ils viennent, ils sont sûrs d'avoir la garantie
De vivre et travailler, s'ils sont de la partie
De ceux qui de la Reine et des très justes lois

Respeetent la eouronne et les ehefs de son choix.

.

Très haute Majesté! Reine et Impératriec,
Je veux à ta nation rendre un si grand service
Qu'elle porte mon nom tout au delà des mers
Que tes vaisseaux sillonnent à travers l'univers.
Je veux que, sans danger, tes marins intrépides
Puissent, retour des Indes, et jusqu'aux pyramides
D'Egypte, dans leurs ports rentrer sans infeetion
De tous ees vils microbes, auteurs de destruetion
Des nobles et des lords, finaneiers, prolétaires,
Magistrats, commerçants et tous les dignitaires
Qui leur payent tribut. Est-ce un beau rêve creux
Que d'annoncer si haut, le trésor que je veux
T'octroyer aujourd'hui, ma Reine Impératrice?
N'exigeant, en retour, que l'unique service
D'être sujet anglais, libre en réalité
Comme ehez le grand Tzar Pasteur fut adopté.
Non! ehez l'ambassadeur je dépose l'épreuve
Avec tous les seerets que eomporte mon œuvre.
Et tous les grands savants pourront alors juger
Si je dis vrai ou non, m'évitant le danger
Qui me fit regarder, dans notre belle France,
Comme un fou dangereux et de haute importance.
Est-ce dit, Grande Reine? en toi est désormais
Le sort qui peut unir nos nations à jamais.

L'accusation.

Mon Dieu! J'aurai souffert sur eette amère terre
Tout ce que peut subir, sans fléehir, l'âme fière
D'un homme sans frayeur, sans dépit, plein d'honneur,
Et qui se considère eneore avec bonheur
Du très haut, tout puissant et grand souverain Maître
Serviteur plus ardent, plus fort que ne puisse être
Aueun mortel frappé par un événement
Sans pareil aujourd'hui, en ce cruel moment.
Au moins je serai sûr que Madame ine,
Parricide toujours, est la grande eoquine
Qui trois fois a frappé son père de ses mains
Et qui, pour terminer ces actes inhumains
A, sur le saint autel, reçu l'Eucharistie.

Sacrilège odieux devant la sainte hostie!
Dès lors, plus rien ne coûte à ce suppôt d'enfer
Pour avilir son père en face l'univers.
Pour la seconde fois elle fait interdire
Ce vieillard valeureux que tout le monde admire.

.

Apothéose de mes enfants.

J'abîme mes enfants sous ma munificence
Pour mieux les rehausser jusqu'au haut de mon front,
Dans mes bras les serrer, éteindre ma souffrance,
Puis, comme le vautour, les jucher sur un mont
D'où je pourrai, planant sur l'univers entier,
Souriant au succès que bientôt suit la gloire,
A la face de Dieu les réhabiliter.
Et le monde ébloui bénira ma mémoire!

A M. Ricard, garde des sceaux, ministre de la justice.

Arrête-toi, Ricard! Sinon, tu es perdu!
C'est moi qui te le dis. Je suis très entendu
En ces sortes d'affaires. Je te croyais sincère,
Je te jugeais loyal. Ta nouvelle carrière
Te promettait un sort digne du grand Sully;
Et tu t'es fourvoyé. Attends de mon jury
La peine méritée, à moins de repentance
Arrête-toi, Ricard! Sinon, plus d'espérance.
J'avais, en ton honneur, dans un élan d'espoir,
Composé un poème, et je croyais devoir
En te complimentant, agir par déférence
A ta situation, plutôt qu'à ta naissance.
A quarante-quatre ans être garde des sceaux!
C'est splendide, Fathma!

.

Tu as des qualités, sans doute, remarquables.
Parmi les successeurs de Sully, fort notables,
On n'en trouve pas un aussi jeune que toi.
Tu es donc transcendant! Je le crois, sur ma foi!
Mais alors, mais pourquoi avoir des airs contraires?
Le monde marche-t-il à l'envers des affaires?
Es-tu iconoclaste, ou dépourvu du sens
Qu'on appelle commun, et si rare, en ce sens

Que bien peu, très peu même, aujourd'hui le possède ;
A ce point qu'on dirait que Dieu ne nous le cède,
Parmi les appelés, qu'à de rares élus.
Etc., etc.

A Madame Carnot.

Vous êtes la plus grande, et ce n'est pas assez.
Vous êtes la plus noble, et vous la paraissez.
Toutes ces qualités suffiraient à la gloire
De la femme d'un roi poussé par la victoire.
Ces titres, vains pour vous, à la postérité
Diront, le jour venu, votre immense bonté
Dont tous, de bas en haut, ont dû subir les charmes,
En goûter les bienfaits, les bénir par des larmes.

.

UNE PERVERSION DE L'INSTINCT

L'AMOUR MORBIDE;
SA NATURE ET SON TRAITEMENT

Par le Dr LAUPTS

L'étude des anomalies, réeemmeut eonstatées dans le domaine des manifestations de l'intelleet ou de l'instinct, ehez uu grand nombre de sujets, a été, dans ees dernières anuées, ameué à un degré d'extrême préeision. Bien des savants, médeeins ou psychologues, ont observé, découvert, noté, décrit des bizarreries insoupçonnées, dues généralement, eomme l'expliquait un de leurs plus exacts et subtils deseripteurs, M. Magnan, à un déséquilibre du système nerveux, à un manque de eoneordance et de synergie dans le jeu des divers départements cérébraux ou médullaires. Le publie s'est emparé de cette nouvelle avee une avidité qui eonstitue presque une anomalie inédite ; il n'est point de lecteur qui ne s'en préoeupe à un point de vue personnel ; il n'est personne qui, désormais, ne se pare d'une « phobie », d'une « philie » ou d'une « manie » queleonque, que d'aueuns earessent, entretiennent, développent comme une marque précieuse d'originalité. Cette part faite au besoiu d'imitation et à la vanité, il est juste de reconnaître que beaueoup s'inquiètent et que la hantise de la déséquilibration finit par s'emparer de quelques bous esprits : de bonne foi, ils se persuadent être des « dégénérés » ou des « anormaux ».

Un grand nombre de confessions, orales ou éerites,

recueillies au eours d'enquêtes faites en eollaboration avee mon exeellent et éminent maître, le professeur Laeassagne ; des entretiens nombreux sur ee sujet avee de grands médeeins et de grands artistes, enfin la possession d'un eertain nombre de documents très iutimes, m'out amené à penser qu'il était temps de réagir là eontre, et qu'en se plaçant à un point de vue moins seieutifique peut-être en apparenee, sans doute plus riehe en résultats, il importe d'étudier le remède à eôté du mal, de guérir, et pour ee, de savoir qu'entre les divers eas, il existe uou seulement des différenees d'*intensité*, mais eneore des différenees de *nature*, que tel relève de la pathologie, alors qu'un analogue est un pur aeeideut, une manifestation oeeasiounelle, née de eireonstanees extérieures passagères, sans raeines profondes dans l'organisme, suseeptibles de s'évanouir lors de la disparition des eauses mêmes qui lui ont donné naissauce.

Je n'en veux prendre aujourd'hui pour preuve que eette déviation, eette perversion, réeemment appelée — d'uue façon un peu large peut-être — par M. Tarde : l'*Amour morbide* ; mais en limitant ee que j'en puis dire aetuellement, à l'amour de l'homme pour l'homme ; les eonfessious émanant de femmes étant eueore et trop peu nombreuses et surtout trop inexaetes.

Une prime observation, notée ehez tous les auteurs, eonfirmée par la moindre étude, est la suivante : dans toute assoeiation anormale entre deux hommes, les rôles — que l'union soit ou non platonique — sont très distinets. L'un est le fort, le proteeteur, l'aetif ; il remplit les fonetious et les eharges du mâle ; l'autre est le faible, le protégé, le passif : e'est la femme. Pour simplifier la question, appelous done provisoirement l'un : le faible ; l'autre : le fort. Je n'iusiste point sur les eonséquences d'un tel eontrat ; ni sur leur uuiou au point de vue physiologique, si l'attiranee réeiproque qu'ils éprouvent ne

reste pas platonique ; ni sur leur psychologie, dont un élément nous est même fourni par la façon dont ils causent entre eux : le faible se parant de désinences féminines. Ce sont là des faits archiconnus, et qui ne rentrent nullement dans le cadre de cette étude.

Un premier point qu'il importe tout d'abord de noter, c'est que chez le faible, non seulement l'esprit, le moral, l'âme, enfin (quel que soit le sens donné à ce mot), sont féminins, mais féminin encore est le corps. Dans la majorité des cas, cet être, *est* et *a été* féminin par l'habitus physique ; non seulement le caractère dissimulé, coquet, vaniteux, trahit la femme, mais le développement des hanches, du bassin, des fesses, la proéminence des seins, le velouté des yeux, la blancheur et la finesse de la peau, la délicatesse des attaches, permettent d'affirmer qu'il existe en lui une erreur *non acquise*, mais *innée* de fabrication. C'est une âme féminine, placée dans un corps féminin par ses caractères — sauf un ; — c'est un *inverti-né*, type vrai, réellement existant, facilement reconnaissable à ses formes extérieures. Vous le rencontrerez souvent, dans la rue, en wagon, au restaurant. Si vous doutez, attachez-vous à lui, provoquez sa confiance, ses confessions ; vous serez tôt renseigné sur ses actes ou sur ses tendances, selon le cas. Il ne s'agit donc point d'un être difficilement reconnaissable, hypothétique encore comme certains autres ; *l'inverti-né existe.* Cherchez-le, vous le trouverez, sinon fréquemment, du moins facilement.

Tout à l'opposé, un type essentiellement différent ; moralement homme, il l'est aussi physiquement ; antécédents normaux, conduite normale dans le passé, il ne s'est inverti qu'à partir du moment où, placé dans une agglomération anormale (je veux dire ne comprenant que des individus du même sexe que lui), il n'a pu donner satisfaction au plus important de ses instincts : celui qui

assure la persistance de l'espèce. Dédaigneux de la débauche solitaire, pressé par le besoin, peut-être plus puissant chez lui que chez les autres, il s'est invinciblement senti attiré vers ceux qui, de l'autre sexe lui offraient le charme, la grâce, la finesse, et — le cas échéant — des satisfactions quasi-normales. De l'association il a été le Mâle, le Fort. Il a vécu ainsi, aussi longtemps que des circonstances nouvelles ne l'ont point arraché au milieu mauvais, aux habitudes prises, et replacé dans des conditions saines et normales, sous l'influence desquelles, avec l'adjuvant d'un traitement approprié, d'une affection légitime, il redeviendra ce qu'il n'a point cessé d'être au fond. C'est un *inverti d'occasion*.

Mais quoi, dira-t-on, faut-il n'être point fou, tout au moins dégénéré, pour arriver à de pareilles ignominies ? A cela je répondrai que beaucoup ne vont point jusqu'à l'acte ; leur volonté s'oppose à la chute et peut rester victorieuse, au prix parfois d'autres déviations, reconnaissons-le ; certains inconscients de la nature du sentiment qui les anime, parent du nom de camaraderie, d'amitié vive, de tendresse, un penchant auquel ils n'imaginent même pas que l'on puisse sacrifier ; il en est enfin qui atteignent la faute. Que l'attirance existe, cela est évident pour une foule de sujets adultes placés au sein d'une agglomération antinormale, agynique ; l'instinct est là puissant, dominateur, qui commande. Le cas n'est point unique en l'espèce humaine ; il se présente dans tous les troupeaux de mâles avec, chez ceux d'hommes, une différence : celle qui sépare les inconscients, souvent préservés de l'ultime défaillance par leur ignorance, leur manque d'esprit d'observation, des intelligents qui comprennent, souvent s'effraient et selon le cas, résistent ou ne résistent point. Plus le sujet est génital, plus forte est la privation, moindre est la force de résistance, plus fréquentes les excita-

tions, les provocations des inverti-nés, instinctivement poussés vers les plus mâles.

Ajoutons à cela la disparition rapide des sentiments de convenance et des idées de morale, la fréquence des occasions chez tous les individus parqués, la contagiosité du mal, une loi du plus gâté gâtant le moins gâté dans une communauté, et nous nous expliquerons ces épidémies — dont bien des cas, il faut le répéter, restent sans effets — déchaînées dans les lycées, dans les prisons, dans les casernes, au sein des troupes en campagne, par la présence de quelques inverti-nés ou de normaux à forme féminine. Nous aurons par là l'explication de ces associations où l'on trouve presque toujours un féminin (inverti-né) et un masculin (inverti d'occasion) sans qu'il faille d'ailleurs prétendre que ce mode d'association soit toujours identique, alors cependant qu'il se présente dans la majorité des cas. Citons en passant les exemples fournis par ce *roman d'un inverti*, histoire vraie, confession adressée à Zola, que je dois à son obligeance et que je publie dans les *Archives d'Anthropologie* du professeur Lacassagne ; on y voit un inverti-né, type d'une extrême netteté ; un inverti d'occasion (ayant succombé au contact du premier) ; enfin, un *perverti* auquel de nombreuses débauches font désirer et rechercher des excitations moins banales que les habituelles.

Entre les deux types extrêmes que nous venons d'esquisser, s'en place — et bien malheureusement pour la commodité de l'étude et de la description — un troisième plus fréquent peut être et plus complexe. C'est celui de l'homme normal, *sans déformations physiques*, dont l'unique anomalie consiste dans l'attirance qu'il éprouve pour ceux de son sexe, la froideur, parfois la répulsion qu'il témoigne à ceux du sexe opposé. Il est né homme, mais tout jeune, l'homme l'a séduit, non la femme. C'est un prédisposé, dont la rapide accoutumance fera un inverti.

Pour bizarre que soit cet être, il s'explique ; les enfants d'un inverti d'occasion, nés après l'occasion, ou après des occasions longuement victorieuses, devenues des habitudes, ne doivent-ils pas offrir cette prédisposition ? Et si les tendances à l'inversion, fortes non seulement chez un, mais chez une série des ascendants paternels, se trouvent encore confirmées, consolidées par des dispositions analogues issues des ascendants maternels, le produit ne peut-il pas, ne doit-il pas offrir tous les symptômes d'une affection susceptible de coïncider avec une structure physique normale, de n'être même, à la naissance, qu'une simple prédisposition, car il s'agit d'une hérédité — ou d'un atavisme — psychologique, nerveux, et non d'une erreur de la nature, d'une déformation physique visible, d'un vice de construction de l'organisme, disons d'une monstruosité *extérieurement apparente*, comme dans le cas de l'inverti-né ?

La connaissance des lois de l'hérédité nous éclairerait à ce sujet ; elle nous enseignerait la forme de l'inversion transmise de la mère au fils, du père à la fille ; elle nous révélerait pourquoi parmi ces prédisposés, les uns se rapprochant de l'inverti-né, vont au Fort, à celui qui réalise mieux à leurs yeux le type idéal de son sexe, les autres voisins des occasionnels, au Faible, à celui qui rappelle le sexe opposé. Quelques-uns sont de vrais *indifférents* : deux m'ont assuré que, placés dans un milieu mâle, ils s'éprenaient d'un amour aussi pur d'ailleurs que vif pour des mâles féminins, amour rapidement disparu, lorsque les circonstances les amenaient à fréquenter un milieu où se trouvaient des femmes : ils ne tardaient point à aimer quelqu'une d'entre elles.

Qu'on ne pense point que la seule manie de la classification m'ait conduit à présenter ces différents types, tels qu'ils ressortent nettement des premiers résultats

de l'enquête entreprise (1). De l'exposé précédent, résulte inévitablement que notre conduite à tenir sera très différente selon que le malade, qui a recours à nos conseils (et ils sont nombreux ceux qui, à ce sujet, implorent les médecins, les prêtres, les philosophes, les littérateurs même), selon que ce malade sera un *perverti*, un *inverti-né*, un *prédisposé*, un *occasionnel* ou un *indifférent*. Sans entrer dans de bien simples détails, il est évident que le pronostic variera selon la *nature* de l'affection ; ne disons rien du *perverti*, il pratique la débauche sous toutes ses formes, l'inversion, n'est que l'une d'elles, il n'appartient pas à notre sujet. L'*inverti-né*, reconnaissable à ses déformations physiques, à sa profonde répulsion pour la femme, à ses violentes amours pour des hommes, semble incurable. Théoriquement il ne l'est point : cet être est une femme ; or, si nous nous souvenons de notre conclusion précédente, presque généralement applicable : « Tout être s'invertit dans un milieu approprié », le remède semble s'imposer, de le placer dans un milieu purement féminin, où, étant femme, il s'invertira et redeviendra homme par inversion double. Personne n'oserait prescrire semblable traitement à un inverti-né ; de lui vous risquerez de faire un perverti, comme le dit excellement M. Raffalovich qui, à tort, applique cette conclusion à tous les invertis sans distinction, et à tous recommande la chasteté, seul véritable palliatif de l'inversion innée avec malformations physiques. Prescrire à un inverti-né l'amour féminin, la vie dans un milieu féminin, ce serait — en admettant que cette transformation fût possible — risquer de le gâter davantage encore, et faire courir à ce milieu féminin les plus graves dangers.

(1) Toutes les communications sont reçues à l'adresse suivante: « Dr Laupts, laboratoire de médecine légale et de psychologie. Université de Lyon. Quai Claude-Bernard. »

Tout autre est le *prédisposé*. Vous ne le rencontrerez d'ailleurs que rarement et seulement dans l'enfance. L'adulte qui vient à vous n'est plus un prédisposé ; l'habitude l'a gâté et corrompu d'une façon parfois bien difficilement guérissable. Vous jugerez de son degré d'inversion par le plus ou moins de répulsion qu'il éprouve pour les individus du sexe qui devrait l'attirer ; par le degré d'attirance pour ceux de son sexe ; — encore faut-il distinguer : aime-t-il mieux ceux qui lui représentent un type idéal de ce sexe auquel il appartient, les Forts, les Hommes ; aime-t-il mieux les Féminins, voisins du sexe devant être normalement aimé ? dans ce dernier cas la maladie est moins grave, plus facilement curable. A tous il faut dire « courage », c'est le grand mot que je voudrais voir lu par ces malades — et il en est certainement parmi ceux qui liront ces lignes — chez tous il faut réveiller les sentiments naturels, les tendances ancestrales, *en majorité forcément normales*, pour tous, prescrire le contact moral de la femme. Mais ne les jetez point brusquement dans les bras des courtisanes ; l'amour pour l'homme, souvent platonique et dans ce cas très pur, se révolte alors aux vulgarités ; amenez votre sujet à vaincre sa timidité, à fréquenter dans un milieu honnête, discret, élégant, essentiellement féminin, faites, en un mot, son apprentissage de l'amour, en commençant par ce qu'il a d'exquis et d'idéal : vous aurez des guérisons.

De l'*indifférent*, de l'*occasionnel* on pourra facilement faire des normaux ; les soustraire du milieu pathogène, les arracher à des habitudes funestes ou empêcher que l'occasion ne devienne une habitude, voilà les règles, qui, appliquées avec discernement, tact et délicatesse amèneront la fin d'un état, pour lequel le malade, dans la suite, n'éprouvera plus que du mépris, du dégoût.

Telles sont, selon moi, les quelques réflexions à pren-

dre pour base d'un traitement de l'inversion. Mais il n'y a pas seulement le traitement des individus, il existe, *il devrait exister* des règles d'hygiène et de prophylaxie générales, dans toutes les réunions d'hommes, contraints de ne vivre qu'ensemble. Notre état actuel de civilisation nous imposant ces agglomérations anormales, au moins devraient-elles être l'objet d'une incessante surveillance à ce sujet, au moins faudrait-il éliminer impitoyablement tout perverti, tout inverti-né, dont les ravages peuvent devenir incalculables. Ainsi pour le lycée, le collège, le pensionnat, quel que soit le nom qu'on leur donne, ces rassemblements d'un grand nombre de jeunes hommes, d'adolescents, parqués dans des bâtiments souvent tristes et malsains, soumis à un véritable surmenage cérébral, éloignés systématiquement de toute influence féminine, sans dérivation physique suffisante, et cela à l'époque de la puberté, où le cœur qui ne demande qu'à se prendre et se prend malgré tout, devrait s'emplir, au moins, d'un amour chaste, où les muscles devraient surtout fonctionner et grossir, cette cohabitation entre toutes est regrettable ; d'autant plus regrettable, que toute habitude mauvaise s'imprime profondément sur une terre encore vierge, que la perversion acquise devient un goût naturel, un besoin. S'il est une association mauvaise, et, en dépit de louables améliorations récemment obtenues pour d'autres motifs, dangereuse, peu hygiénique et, disons-le, même mal surveillé sous ce rapport, c'est bien celle-là. Et pourtant il doit être du devoir d'une bonne pédagogie de tout faire pour parer à ces inconvénients, car il y va de l'avenir, de la santé, de la robustesse physique et morale de la race.

Médecine légale

NOTE

SUR LES

ALIÉNÉS RECUEILLIS APRÈS CONDAMNATION

DANS LES ASILES PUBLICS DE 1886 A 1890

ET POUR LESQUELS IL SEMBLE QU'UNE EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE EUT ÉVITÉ LA CONDAMNATION

Par Henri MONOD

Directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur.

Communication faite au Congrès annuel de médecine mentale et de neurologie tenu à Clermont-Ferrand en août 1894.

En 1889, devant le Congrès international de médecine mentale, j'ai dénoncé l'état scandaleux des cellules d'observation dans certains hôpitaux où les aliénés sont traités sans les soins, sans les égards, sans le respect auxquels ont droit des malades. C'est encore en faveur de ces malades que j'interviens aujourd'hui devant le Congrès des médecins aliénistes de France, institution nouvelle, que je salue comme une manifestation des progrès que fait parmi nous la science de la médecine mentale, comme la condition et le gage des progrès qu'elle réalisera encore. Ces malades, que Pinel,

Esquirol et d'autres ont délivrés du carcan, des fers aux pieds et des cabanons monstrueux, il faut encore, et je viens demander au Congrès d'en rechercher les moyens, les arracher au malheur et à la honte du casier judiciaire.

L'opinion est saisie périodiquement depuis quelques années, quelquefois très bruyamment, de la nécessité de reviser la loi de 1838. Il est incontestable que l'expérience a révélé dans cette loi des défectuosités, surtout des lacunes. Mais il n'est pas moins hors de doute que cette loi bienfaisante de 1838 a rendu les plus signalés services, qu'il n'y faut toucher qu'avec reconnaissance, avec une prudence extrême, et seulement sur les points où des faits bien établis ont démontré la nécessité d'une réforme.

C'est un de ces points que je voudrais signaler au Congrès. L'on a fait voir souvent que la loi ne défend pas suffisamment la société contre les aliénés dits à tort criminels ; je voudrais montrer qu'elle ne défend pas non plus suffisamment ces aliénés contre des condamnations qui ne sont faites que pour des responsables.

M. le Dr Pactet, interne des asiles de la Seine, a publié en 1891 sa thèse de doctorat sous ce titre : *Aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux*. En 1892, M. le Dr Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de la préfecture de police, a présenté au Congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles un rapport intitulé : « *De la nécessité de considérer l'examen psycho-moral de certains prévenus ou accusés comme un devoir de l'instruction.* »

L'étude de ces deux importants travaux m'a conduit à étendre le même genre de recherches aux asiles publics d'aliénés. Au mois de juin dernier, j'adressai aux directeurs de ces asiles la circulaire suivante :

23 juin 1894.

« Monsieur le directeur,

« Vous m'obligeriez si vous pouviez m'adresser, dans le plus bref délai possible, un relevé fait pour chacune des années 1886, 1887, 1888, 1889 et 1890, des cas où des malades ont été conduits dans l'asile que vous dirigez peu de temps après avoir subi des condamnations judiciaires. *Vous ne porterez sur cet état que les cas où la maladie mentale était la cause indiscutable de l'acte incriminé devant les tribunaux*, et où, dans votre opinion, une expertise médico-légale eût pu éviter à l'aliéné sa condamnation. Vous indiquerez, pour chaque cas, l'âge du condamné, le fait incriminé, la condamnation, sa date, la date du transfèrement à l'asile et les observations que vous jugeriez utile de joindre à ces indications.

« Agréez, Monsieur le directeur, etc. »

Presque tous les directeurs répondirent par des rapports d'un haut intérêt. Je vous apporte le résultat de cette enquête. Le tableau qui la résume comprend 271 observations faites sur des malades recueillis dans les asiles, de 1886 à 1890, après condamnation, et auxquels, dans l'opinion des directeurs des asiles, toute condamnation eût été épargnée par une expertise médico-légale préalable.

Je donne la liste de ces 271 observations sans aucune indication de noms ni de lieux ; elle ne révélera ni l'identité des malades, ni l'asile où ces malades ont été recueillis, ni les tribunaux qui les ont condamnés. Je ne fais le procès de personne. Je ne veux que réunir des faits assez nombreux et assez probants pour préparer une réforme de la loi.

L'enquête est très incomplète ; le nombre des aliénés « méconnus et condamnés par les tribunaux » est beaucoup plus considérable que celui des cas relevés dans notre travail. Les raisons de cette insuffisance sont multiples.

D'abord, ma circulaire n'a été adressée qu'aux directeurs des asiles publics. Ensuite, tous n'ont pas répondu

d'une manière utile. Sur 50 asiles publics, il y en a 11, comprenant une population de plus de 8,600 aliénés (1), dont les directeurs ont répondu d'un mot n'avoir connaissance d'aucun cas rentrant dans la catégorie définie par ma circulaire, ce qui est bien invraisemblable. Il y en a 3, d'une population de plus de 2,200 malades (2), pour lesquels ont été fournis des renseignements si vagues qu'il a été impossible d'en tenir compte. Enfin, il y en a 4, comptant au 31 décembre 1888 une population de plus de 6,500 aliénés (3), qui n'ont fait aucune réponse quelconque. La population, au 31 décembre 1888, des asiles publics pour lesquels des informations suffisamment précises m'ont été envoyées est de 33,000 malades (4). Le nombre total des aliénés internés en France flotte entre 70,000 et 75,000 (5). Il n'est donc pas téméraire de supposer que, si les recherches faites dans certains asiles l'eussent été dans tous, le nombre des cas répondant, pour la période quinquennale envisagée, aux conditions posées dans la circulaire du 23 juin eût, au lieu de 271, été d'environ 600 (6).

Encore serions-nous loin de connaître le nombre vrai des aliénés condamnés. Quelle est en effet la catégorie de ceux qui nous sont révélés? Ce ne sont guère que ceux qui, peu de temps après leur condamnation, sont transférés directement de la prison à l'asile. Mais « il arrive », comme l'écrit un de nos directeurs, « que des

(1) 8,633 pendant l'année 1888.
(2) 2,260.
(3) 6,594.
(4) Exactement, 33.092.
(5) Pendant l'année 1888, il a été, de 74,071, savoir : asiles publics : 49,569 ; — quartiers d'hospices : 8,491 : — asiles privés faisant fonctions d'asiles publics : 13,150 ; — Charenton : 763 ; — maisons privées : 2,088.
(6) La proportion exacte donnerait 606.

prisonniers aliénés, s'il ne sont ni dangereux ni difficiles à vivre, soient gardés à la prison jusqu'à l'expiration de leur peine. Si plus tard ils nous sont envoyés, nous ignorons souvent ce qui leur est arrivé, les feuilles de renseignements du dossier ne nous apprenant, en général, que bien peu de chose sur les antécédents des malades. Aussi, il se pent que notre liste soit incomplète. Elle ne comprend que les malades envoyés de la prison à l'asile, et dont les frais de pension sont à la charge du ministère de l'intérieur. » — « Il n'est pas surprenant», observe un autre directeur, « que dans les prisons on méconnaisse certaines situations qui ne sont pas nettement caractérisées à première vue, surtout quand il n'en résulte pas quelque désordre dans le régime de la maison. La plupart du temps — et il n'y a pas lieu de s'en étonner — le médecin de la prison se borne à voir ceux qui lui sont signalés comme physiquement malades, et, à moins de quelque écart très évident, l'état mental des prisonniers calmes ou débiles peut aisément ne donner lieu à aucune observation. » D'autre part, si le transfert à l'asile a lieu un certain temps après la condamnation, il faut des circonstances très particulières, très décisives, pour que le médecin déclare que l'état de folie a été la cause déterminante de l'acte ayant motivé la condamnation. Avec cette probité scientifique qui est une des caractéristiques de notre époque, les médecins aliénistes n'affirment l'irresponsabilité au moment du crime ou du délit que lorsque leur conviction à cet égard est absolue. Il y a même un médecin en chef, et des plus considérables, qui écrit : « La question est insoluble, parce qu'elle ne peut être étudiée qu'à l'aide des dossiers criminels qui ne nous sont pas communiqués. » Un autre fait une observation analogue : « Pour bien se rendre compte de la relation qui pourrait exister entre l'aliénation mentale et l'acte incriminé, il importerait

que le médecin aliéniste eût la possibilité d'obtenir du parquet communication des pièces de l'enquête judiciaire. Les condamnés conduits à l'asile arrivent avec un arrêté préfectoral de séquestration visant la demande du parquet ou celle du directeur de la prison, un certificat médical attestant la folie ; mais les antécédents judiciaires de l'inculpé, ses actes incriminés, ses délits mêmes nous restent le plus souvent inconnus. » Malgré cela, les conditions dans lesquelles le malade se présente peuvent être telles qu'elles déterminent la conviction du médecin traitant dans le sens de l'irresponsabilité ; ce qui déterminera cette conviction, ce sera tantôt la nature de la maladie, sa période d'évolution, comme pour les paralytiques généraux, tantôt le libellé du certificat délivré par le médecin de la prison, tantôt des entretiens avec l'aliéné. Mais si la maladie n'est pas une indication suffisante, si de l'aliéné l'on ne peut rien tirer, s'il ne vient pas de la prison, si l'on n'obtient pas d'informations de la famille, il est impossible d'établir une opinion. Souvent le fait même de la condamnation est ignoré. Ainsi, un certain nombre de condamnés aliénés échappent nécessairement aux investigations.

Pour ceux dont les observations sont ici reproduites, je puis affirmer que notre travail a été fait avec une conscience méticuleuse. J'en ai écarté tous les cas pour lesquels il m'a semblé que les directeurs avaient eu des doutes. « Pour deux femmes, » écrit un médecin en chef, « le diagnostic a été douteux à l'entrée (il était pour l'une, morte quelque temps après d'apoplexie, *démence* ; pour l'autre : *affaiblissement intellectuel*). Leur état mental, douteux pour un aliéniste, ne pouvait attirer l'attention de juges incompétents ». Bien que ces femmes eussent été transférées de la prison à l'asile, l'une douze jours, l'autre cinq jours, après leur condamnation, le doute exprimé par le médecin a suffi pour

qu'elles ne fussent pas inscrites sur le tableau. Un autre malade, entré à l'asile un mois après sa condamnation, a été également écarté, parce que le directeur écrivait : « Je ne puis dire que la folie a été la cause *indiscutable* de l'acte incriminé. » Un directeur s'exprime ainsi : « D'autres aliénés, entrés pendant la période de 1886 à 1890, avaient également subi des condamnations antérieures ; mais n'ayant pu, faute de renseignements, faire la preuve qu'ils étaient en état de folie à l'époque des crimes et délits, je me suis abstenu de les mentionner dans cet état. » Il ne faut d'ailleurs pas perdre de vue que les réponses des directeurs sont dominées par ces termes de la circulaire : « Vous *ne* porterez sur l'état *que* les cas où la maladie mentale était la cause indiscutable de l'acte incriminé devant les tribunaux. » C'est pour cette raison sans doute que plusieurs se sont contentés d'indications très sommaires, et n'ont pas jugé nécessaire de justifier l'inscription de chaque malade sur l'état.

En tenant compte de ces considérations, il semble qu'il n'est nullement téméraire d'évaluer à 700, pour la période quinquennale que nous avons envisagée, le nombre des personnes condamnées auxquelles une expertise médico-légale eût probablement épargné cette condamnation. C'est, chaque année, environ 140 condamnations que des expertises médico-légales, faites au cours de l'instruction, eussent très vraisemblablement évitées. Nous avons emprunté à l'Angleterre le mot de maladies *évitables* et nous avons dit que s'il y a en effet des maladies évitables, elles doivent être évitées. Nous dirons de même qu'il se produit des condamnations évitables, et, si le fait est vrai, aucun effort ne doit être épargné pour éviter de telles condamnations, qui ne sont pas conformes à la justice.

Le mal est grave et il importe d'en rechercher le

remède sans tomber dans un plus grand mal, qui serait de rendre plus lentes, pour l'ensemble des citoyens, les formalités de la procédure.

On dit : « Il n'est pas douteux que des erreurs inévitables se produisent au sujet des prévenus jugés trop rapidement... Mais qu'est-ce que le nombre de ces erreurs si on le rapproche du nombre des affaires jugées (1) ? » Je ne pense pas que l'on doive raisonner ainsi. L'honneur des individus et celui des familles n'est pas une denrée qui se prête à de semblables moyennes.

On dit encore : « Les conséquences ne paraissent pas graves. Il peut arriver qu'un paralytique général soit absolument méconnu ; mais si cet individu, aliéné, est reconnu tel dans les trois ou quatre jours qui suivent sa condamnation, y a-t-il donc pour lui grand dommage (2) ? » L'on semble oublier que le casier judiciaire subsiste, que lors même que l'aliéné est incurable, cette inscription reste une tare pour la famille, que d'ailleurs le malade n'est pas toujours incurable, que, lorsqu'il guérit, il rentre dans la vie ordinaire avec cette marque infamante qui l'empêchera sans doute de trouver un travail régulier dans des conditions normales et le maintiendra dans une situation favorable aux rechutes. Voici une maniaque âgée de quarante-deux ans, traduite pour vol, en 1888, devant la cour d'assises. Elle avait été déjà, du 14 mai au 20 novembre 1876, traitée pour un accès de manie tout semblable à celui sous l'influence duquel elle a commis son vol. On ne s'arrête pas à cet antécédent morbide ; elle est condamnée à deux ans de prison. Au bout d'un mois, son état est reconnu, et on la transfère de la prison à l'asile

(1) Dr Motet. Congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles (p. 389 du compte rendu).
(2) *Ibid.*

le 9 décembre 1888. « Sa maladie, écrit le directeur, était la cause indiscutable de l'acte qui lui était reproché. » On la soigne. On la guérit. Elle sort de l'asile le 7 septembre 1889. Guérie, oui, mais sa vie durant (elle a quarante deux ans) son casier judiciaire la suivra : et que deviendra-t-elle? (Voir n° 253, p. 207.) Que deviendra cette autre dont le médecin de la prison dit, en l'envoyant à l'asile le 17 août 1887 : « depuis le jour de son entrée à la maison d'arrêt, elle n'a jamais cessé de donner des signes d'aliénation mentale, » qui avait déjà été condamnée la même année, vraisemblablement dans les mêmes conditions, maladives, et qui est sortie guérie, âgée de quarante ans, le 31 octobre 1887? (V. n° 247, p. 207. Voir aussi les n^{os} 136, p. 211, et 150, p. 207.)

Non, il ne faut pas prendre facilement notre parti d'un état de choses qui produit de telles conséquences ; il faut l'examiner avec le désir sincère, je dirai presque le désir passionné, de le faire cesser.

L'on trouvera certainement de l'appui auprès de la magistrature, qui ne déplore pas moins que nous ces erreurs, qui serait aussi heureuse que nous de trouver les moyens de les éviter.

Un de ces moyens serait que les juges d'instruction possédassent certaines notions indispensables pour discerner l'opportunité d'avoir recours à un examen médical. Au deuxième Congrès d'anthropologie criminelle, un membre des plus distingués de la Cour de Paris, M. Sarraute, disait à ce sujet : « Si le juge d'instruction ordonne des expertises, il faut bien qu'il soit à même d'en juger les résultats par des connaissances spéciales (1). »

(1) Cité par le D^{r} Paul Garnier. Congrès de Bruxelles (p. 167 du compte rendu).

Comment leur donner ces « connaissances spéciales » ? C'est une question à étudier.

Un autre moyen serait de rattacher par un lien plus étroit les médecins aliénistes à l'instruction des affaires judiciaires. Dans les grandes villes, ce serait sans doute aisé. Certains tribunaux, ayant à leur portée des experts qui leur inspirent confiance, évitent presque complètement les erreurs. C'est ainsi qu'un de nos directeurs d'asile écrit : « Le tribunal et la Cour, auprès desquels je remplis depuis seize ans les fonctions de médecin expert, se montrent très libéraux et mettent un soin scrupuleux à soumettre à un examen médico-légal tous les prévenus soupçonnés d'aliénation mentale. » Un autre s'exprime ainsi : « Après avoir passé en revue les nombreux rapports de médecine légale que j'ai faits depuis quatorze ans, j'ai constaté que l'examen des sujets avait toujours été fait au cours de l'instruction judiciaire, et que chaque fois, conformément à mes conclusions, le prévenu avait bénéficié d'une ordonnance de non-lieu et avait été déféré à l'autorité administrative pour être placé dans un asile. » Un autre : « Sur vingt-quatre malades séquestrés par l'intermédiaire de la justice, vingt-trois ont bénéficié d'ordonnances de non-lieu. C'est là pour cette période de cinq années, un résultat des plus satisfaisants, et qui montre que dans cette région les magistrats ont régulièrement et utilement recours aux expertises médico-légales. » L'on comprend donc qu'un quatrième directeur fasse cette observation dans son rapport : « C'est surtout dans les départements où il n'existe pas d'asile d'aliénés, et où il n'y a peut-être pas de médecins spécialistes auxquels on puisse soumettre les cas douteux, que les cas de folie ayant amené des crises peuvent passer inaperçus. »

Comment étendre à tous les tribunaux le bénéfice

d'une situation si favorable au bon fonctionnement de la justice? C'est encore une question à examiner.

Mais il ne faut pas se dissimuler qu'il faudra inscrire dans la loi des dispositions donnant à la magistrature toute sécurité au sujet de l'internement des aliénés dangereux. Il peut arriver qu'un magistrat fasse condamner un malade, parce qu'il apparaît à ce magistrat que c'est le seul moyen de défendre la société et même de faire soigner le malade. Un individu, poursuivi en 1886 pour coups donnés à sa mère, est reconnu irresponsable; il bénéficie d'une ordonnance de non-lieu. Mais l'autorité administrative qui eût dû être avisée, le laisse en liberté. L'année suivante, il est poursuivi pour vol; nouvelle ordonnance de non-lieu; nouvelle inaction de l'autorité. La troisième fois, en 1889, comme il était poursuivi pour coups et blessures, le ministère public demande au tribunal de lui appliquer une peine assez forte pour qu'il doive la faire au chef-lieu du département. Là, dit-il, il sera encore visité et, si le diagnostic d'aliénation est confirmé, il sera transféré dans un asile. C'est ce qui est arrivé. La défense sociale est le premier devoir, elle restera la première préoccupation des magistrats.

Voici une autre espèce qui montre que, dans certains cas, l'autorité administrative n'agit pas avec toute la promptitude souhaitable. Un individu ayant des antécédents héréditaires morbides, et qui depuis longtemps s'était fait remarquer par des actes inconséquents, des vols absurdes, etc., est traduit en cour d'assises pour trois tentatives de viol avec menaces de mort. Malgré le rapport du médecin-expert qui constate l'affaiblissement de son intelligence, il est condamné à deux ans de prison. Mais, à la prison, son état d'idiotie et d'irresponsabilité est si bien reconnu que le directeur de la prison réclame sa grâce et l'obtient. L'autorité préfectorale a

dû être consultée sur le recours en grâce. Que devait-elle faire ? Elle devait ordonner que le malade serait soigné dans un asile. Elle ne le fit pas, ou plutôt elle ne le fit qu'après que le malade, remis en liberté, eut sans aucun motif commis un double meurtre sur deux jeunes filles.

Encore une fois, l'autorité judiciaire ne sera disposée à s'en remettre aux préfets et aux asiles du soin de traiter les aliénés dangereux que lorsqu'elle aura toute sécurité que ceux-ci seront mis dans l'impuissance de nuire.

Ce travail n'est qu'une première ébauche où j'ai été forcé, devant le terminer à date fixe, de me contenter des informations, trop souvent insuffisantes (1), qui m'étaient alors fournies. Il pourra, si la chose paraît utile, être étendu et, sur certains points, précisé.

Le tableau des malades est accompagné de statistiques dans lesquelles nos 271 malades sont répartis : 1° par sexes (223 hommes, 48 femmes) ; 2° par âges ; 3° suivant la nature des actes qui ont motivé leur condamnation ; 4° suivant la nature de leur maladie.

Il y aurait sans doute encore bien des faits intéressants à relever dans cette enquête. J'ai dit le principal. L'objet de ma communication est de porter sur le terrain administratif et législatif une question qui, en France du moins, n'a pas franchi jusqu'ici les limites du monde médical.

I. — *Répartition des* 271 *malades par sexes.*

Hommes	223
Femmes	48
Total égal	271

(1) L'on remarquera, par exemple, que sur 271 malades signalés, la date de la condamnation n'a été mentionnée que 95 fois.

II. — *Répartition des* 271 *malades par âges.*

Au-dessous de 20 ans. .	7	hommes	3	femmes. .		10
De 20 à 29 ans	42	—	6	—	. .	48
De 30 à 39 —	81	—	15	—	. .	96
De 40 à 49 —	56	—	15	—	. .	71
De 50 à 59 —	28	—	6	—	. .	34
De 60 ans et au-dessus. .	8	—	2	—	. .	10
Age inconnu	1	—	1	—	. .	2
TOTAL ÉGAL						271

III. — *Répartition des* 271 *malades suivant la nature des actes ayant motivé la condamnation.*

Vols	94
Vols avec outrages aux agents	2
Vagabondage.	32
Vagabondage et vol.	4
Vagabondage et filouterie	1
Vagabondage et escroquerie, ...	1
Vagabondage et bris de clôture	1
Vagabondage et outrages aux magistrats	2
Vagabondage et mendicité	4
Mendicité.	12
Mendicité avec menaces	1
Mendicité avec violences.	1
Mendicité avec outrages aux agents	2
Mendicité et vol.	1
Filouterie (presque toujours d'aliments)	14
Filouterie avec violences.	1
Abus de confiance	5
Escroquerie.	12
Outrages aux mœurs, attentats à la pudeur	15
Outrages à la pudeur avec violences	2
Tentative de viol avec menaces de mort	1
Excitation de mineurs à la débauche	1
Suppression d'enfant	1
Violences, coups et blessures.	9
Violences avec outrages aux agents	1
Assassinat, meurtre.	2
A reporter	222

Report	222
Incendie	2
Faux	1
Outrages aux agents, rébellion	8
Outrages aux magistrats	2
Insultes à un prêtre dans une église	1
Bris de clôture	3
Bris de clôture, coups et blessures, menaces	1
Mutilation d'arbres	1
Chantage	1
Ivresse	1
Ivresse avec outrages	2
Vente de denrées falsifiées	1
Insubordination (Conseil de guerre)	1
Inconnus	24
TOTAL ÉGAL	271

IV. — *Répartition des* 271 *malades suivant la nature de leur maladie.*

Démence	20
Paralysie générale	58
Alcoolisme chronique	4
Imbécillité	8
Idiotie	2
Délire de persécution	10
Manie, excitation maniaque	16
Lypémanie, mélancolie, dépression mélancolique	12
Épilepsie et hystérie	21
Alcoolisme	7
Dégénéreseence mentale	16
Débilité mentale, faiblesse intellectuelle	65
Délire chronique	2
Renseignements non fournis sur le caractère de l'aliénation mentale	30
TOTAL ÉGAL	271

Observations (1).

Démence.

N° 114. — Trente-huit ans. — Vagabondage et falsification de livrets et de certificats. — Quatre mois de prison et relégation perpétuelle. — Condamné le 9 décembre 1886. — Transféré à l'asile, le 7 août 1888.

« Démence vésanique consécutive à des troubles intellectuels anciens. Délire des persécutions qui paraît très ancien. Sous cette influence, le malade se déplace sans cesse. Incohérence dans ses propos et dans ses actes. Parfois, refus de nourriture, hallucinations de l'ouïe et de la vue. Antécédents héréditaires. A subi onze condamnations de 1874 à 1886. Était-il déjà aliéné en 1876, lors de sa première condamnation ? On peut le supposer, mais nous n'avons à cet égard aucune donnée certaine. Tandis qu'il parait démontré qu'il est malade depuis 1876. » (Rapports de deux directeurs, 16 juin et 7 août 1894.)

Or, depuis 1876, il a subi dix condamnations dont six pour vagabondage, deux pour vols, une pour coups, une pour bris de clôture. Sa correspondance est celle d'un fou.

N° 216. — Soixante-trois ans. — Vagabondage. — Deux mois de prison. — Condamné le 5 novembre 1890. — Transféré à l'asile, le 19 novembre 1890.

« Démence avec agitation, faiblesse physique, gâtisme. Le 12 novembre, sept jours après sa condamnation, le médecin de la prison constatait son état d'aliénation mentale et demandait son admission immédiate à l'asile, « parce qu'il cassait tout dans sa cellule et qu'il était très dangereux ». Ce malade habitait avec sa femme au chef-lieu du département. D'après les renseignements que j'ai pu obtenir de lui, il se serait échappé de chez lui et se serait mis à errer au hasard. Il aurait été déjà autrefois soigné dans un asile. Il est donc très probable que dément et surexcité lors de son départ de chez lui, il a été

(1) Il nous est impossible, à cause de son étendue, de reproduire intégralement le tableau, si suggestif, des 271 observations, établi par M. Monod ; mais nous croyons devoir en extraire les faits les plus intéressants, afin de faire mieux ressortir les considérations développées dans la note du savant Directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques. — N. D. L. R.

arrêté et condamné eomme vagabond, alors qu'un examen attentif de son état mental l'eût fait diriger sur un asile d'aliénés. » (Rapport du direeteur, 6 juillet 1894.)

N° 243. — Trente-sept ans. — Outrages aux agents. — Deux mois et quinze jours de prison. — Condamnée le 15 mai 1886. — Transférée à l'asile, le 20 juillet 1886.

« Démenee avec excitation maniaque, lorsqu'elle est entrée à l'asile peu de temps après sa condamnation ; l'aliénation mentale était caractérisée par une irritation excessive, un caractère bizarre, des périodes d'excitation pendant lesquelles elle causait seule et refusait tout travail. » (Rapports du directeur de l'asile, 25 juin et 18 juillet 1894.)

« C'est une habituée de l'établissement, écrivait le médecin de la prison; nuit et jour, elle parle, répétant les mêmes choses et troublant le repos des autres détenues. On a dû la mettre en eellule d'isolement. Il est néeessaire de la transporter à l'asile des aliénés où un traitement approprié à son état pourra lui être appliqué. »

Il est évident, en effet, que ce traitement approprié ne peut pas être donné à la prison ; mais pourquoi le médecin, *puisque cette malade était une habituée de la prison*, ne l'a-t-il pas fait soigner plus tôt à l'asile? Il lui eût évité sa condamnation du 15 mai 1886. Elle est toujours à l'asile, section des démentes.

N° 260. — Quarante-huit ans. — Filouterie d'aliments. — Un mois de prison. — Condamnée le 24 novembre 1888. — Transférée, le 7 décembre 1888.

« Démenee. Cette malade avait subi déjà peu de temps auparavant, une peine d'un mois de prison. A eette époque, éerit le médeein de la prison, elle avait été eonsidérée par le personnel eomme ne jouissant pas de la plénitude de ses faeultés. » (Rapports du direeteur, 25 juin et 18 juillet 1894.)

Elle n'en est pas moins eondamnée une seeonde fois. Presque immédiatement le médeein de la prison demande son transfert à l'asile des aliénés. Le direeteur de l'asile n'a pu que confirmer les présomptions de ee médeein. Il affirme qu'antérieurement à la condamnation, elle présentait des troubles intelleetuels qui eussent dû empêeher sa condamnation.

N° 264. — Cinquante-einq ans. — Mendicité. — Quinze jours de prison. — Condamnée le 11 décembre 1888. — Transférée à l'asile, le 21 déeembre 1888.

« Démenee. Deux jours après sa eondamnation, e'est-à-dire le 13 déeembre, le médecin de la prison reeonnaît qu'elle est

folle, et il demande qu'elle soit placée, soit dans un dépôt de mendicité, soit dans un asile d'aliénés. »

Le directeur de l'asile écrit : « L'état de déchéance constaté à l'asile, le 28 décembre, ne permet pas de douter que cet état de démence ne fût très antérieur à la condamnation. » (Rapports en date des 25 juin et 18 juillet 1894.)

Paralysie générale.

N° 52. — Trente ans. — Mutilation d'arbre. — Six mois de prison. — Condamné le 22 juin 1888. — Transféré à l'asile, le 5 décembre 1888.

« Paralysie générale. Embarras de la parole ; tremblement fibrillaire des lèvres et de la langue, idées de richesses. Ces symptômes qu'il présentait au moment de son transfert permettent d'affirmer qu'il était atteint à l'époque de la condamnation. C'est évidemment sous l'influence de ces poussées congestives par lesquelles débute le plus souvent la paralysie générale qu'il a commis les actes de violence dont il a rendu compte à la justice. L'expertise médico-légale eût assurément évité cette condamnation. » (Rapport du directeur, 25 juin 1894.)

Outre qu'il est regrettable que cette expertise n'ait pas été faite, on ne peut s'empêcher d'être surpris d'une condamnation à six mois de prison pour « mutilation d'arbre ».

N° 113. — Trente-huit ans. — Vol. — Trois mois de prison. — Condamné le 9 mai 1888. — Transféré à l'asile, le 27 mai 1888.

« Paralysie générale. D'après les notes médicales consignées au registre, ce malade aurait volé, sans précaution aucune, deux méchants chandeliers en cuivre sans valeur. Il est arrêté, jugé, condamné, conduit en prison. Là, on constate qu'il est aliéné. Dès son premier mot, on ne pouvait douter qu'il était paralytique depuis plus d'une année. Il est mort, le 1er décembre, de marasme paralytique. » (Rapport du directeur, 26 juin 1894.)

N° 151. — Quarante-deux ans. — Vol. — Six mois de prison. — Condamné le 29 avril 1889. — Transféré à l'asile, le 3 juin 1889.

« Paralysie générale. Mort le 13 août 1889. Il est évident que ce malade n'eût pas été condamné, s'il avait été examiné par un médecin. » (Rapport du directeur, 5 juillet 1894.)

N° 159. — Quarante-quatre ans. — Vagabondage. — Trois mois de prison. — Condamné le 9 juillet 1889. — Transféré à l'asile, le 31 juillet 1889.

« Paralysie générale. Était aliéné au moment de sa condamnation. La paralysie n'avait pu se développer ainsi en l'espace d'une vingtaine de jours. » (Rapport du directeur, 26 juin 1894.)

N° 160. — Quarante-quatre ans. — Vol. — Quatre mois de prison. — Condamné le 9 novembre 1886. — Transféré à l'asile, le 15 février 1887.

« Paralysie générale progressive ; affection incurable. C'est très certainement sous l'influence de son état mental pathologique qu'il a commis le vol pour lequel il a été condamné. » (Rapport du directeur, 25 juin 1894).

N° 171. — Quarante-six ans. — Vagabondage et vol. — Six mois de prison. — Condamné le 6 février 1891. — Transféré à l'asile, le 29 avril 1891.

« Paralysie générale qui suivit sa marche progressive. Le malade mourut le 8 mars 1892. Il est évident que ce malade était en pleine paralysie générale à l'époque de sa condamnation et qu'une expertise médico-légale la lui eût évitée. » (Rapport du directeur, 6 juillet 1894.)

N° 180. — Quarante-sept ans. — Vol et abus de confiance. — Quatre mois de prison. — Condamné le 16 avril 1887. — Transféré à l'asile, le 16 mai 1887.

« Paralysie générale. Entré à l'asile dans le troisième degré de la maladie. Marasme paralytique, gâtisme. Ce malade est mort le 13 janvier 1888. La durée moyenne de la maladie étant classiquement de trois ans environ, cet homme était certainement très gravement atteint lors de sa condamnation. » (Rapports du directeur, 26 juin et 16 juillet 1894.)

N° 215. — Soixante-deux ans. — Vol. — Trois mois de prison. — Condamné le 26 mars 1890. — Transféré, à l'asile le 24 mai 1890.

« Paralysie générale. Était malade au moment de sa condamnation. Il est entré à l'asile à une période avancée du mal, qui n'a pu se développer à ce point en deux mois. » (Rapport du directeur, 26 juin 1884.)

N° 236. — Trente et un ans. — Vol. — Deux mois de prison. — Condamnée le 9 mai 1887. — Transférée à l'asile, le 22 juin 1887.

« Paralysie générale déjà ancienne. L'expertise médico-

légale, même faite par un médecin peu expérimenté, eût très certainement empêché la condamnation. » (Rapport du directeur, 6 juillet 1894.)

N° 266. — Cinquante-six ans. — Vol. — Nature de la condamnation inconnue. — Condamnée le 9 septembre 1887. — Transférée à l'asile, le 30 septembre 1887.

« Paralysie générale. Morte dans le marasme, le 29 juillet 1888. La condamnation de cette femme, déclare le directeur, est une véritable erreur judiciaire. » (Rapports en date des 25 juin et 18 juillet 1894.)

A l'appui de cette opinion si nette, le directeur cite plusieurs certificats médicaux, notamment celui du médecin de la prison, lesquels établissent que, dès le mois d'octobre 1887, cette malade était atteinte de démence paralytique à une époque très avancée. Il conclut : « Il ne peut être douteux pour personne que le début de la paralysie générale ne fût de beaucoup antérieur à la condamnation. »

Débilité mentale. Imbécillité. Idiotie.

N° 3. — Seize ans. — Vol. — Quatre mois de prison. — (Condamnation confirmée en Cour d'appel). — Condamnation le 4 juin 1886. — Transféré à l'asile le 20 août 1886.

« Atteint de débilité mentale congénitale héréditaire. Son frère est à l'asile, atteint de la même dégénérescence, depuis le 5 novembre 1885. Indépendamment de cet état congénital, il présentait quelques idées délirantes mélancoliques avec hallucinations de l'ouïe. » (Rapport du directeur, 3 juillet 1894.)

Puisque l'affaire a été portée en appel, il semble qu'on aurait pu et dû se renseigner sur la situation des membres de la famille, notamment du frère.

N° 29. — Vingt-six ans. — Dépenses non payées chez un aubergiste. — Vingt-trois jours de prison. — Condamné en septembre 1889. — Transféré à l'asile, le 6 février 1890.

Débilité mentale, manque de jugement, de sens moral, de qualités affectives, s'agite, fait des menaces et se livrerait à la violence si on ne le surveillait pas. » (Rapport du directeur, 16 juillet 1894.)

Cet homme avait été réformé du service militaire en 1888 pour cause de trouble cérébral. Le directeur de l'asile semble donc avoir bien raison d'ajouter : « Ce malade rentre dans la catégorie des individus condamnés malgré leur état d'aliénation mentale.

Une expertise médico-légale aurait permis de reconnaître sa débilité intellectuelle ; elle aurait relevé à sa décharge ses antécédents, la cause de réforme du service militaire, des actes incohérents, sa situation d'imbécile bien connue dans sa ville natale, et lui eût épargné la condamnation qui l'a frappé. »

N° 51. — Trente ans. — Vagabondage. — Nature et date de la condamnation inconnues. — Transféré à l'asile, le 4 décembre 1886.

« Imbécillité ». (Rapport du directeur, 1er juillet 1894.)

Je résume les informations de ce rapport. Ce malade avait subi seize condamnations, la première en 1875 à l'âge de dix-neuf ans et la dernière le 22 avril 1886, pour vagabondage, mendicité, rupture de ban, vol et outrage à la pudeur. En novembre 1886, alors qu'il était sous le coup d'une nouvelle inculpation d'outrage à la pudeur, on s'avisa qu'il pouvait être aliéné. Le résultat de l'examen fait à ce point de vue ne laissa aucune place au doute. Il fut reconnu irresponsable, bénéficia d'une ordonnance de non-lieu et fut remis à l'autorité administrative pour être placé dans un asile. Il est à peu près certain que l'examen, fait en 1875, eût donné le même résultat et eût évité au malade cette longue série de condamnations et d'emprisonnements.

N° 62. — Trente-deux ans. — Vagabondage. — Neuf mois et un jour de prison. — Condamné le 11 juillet 1890. — Transféré à l'asile, le 4 octobre 1890.

« Idiotie congénitale, glouton, malpropre. Vie purement animale, aucun sens moral. Vocabulaire très restreint, articulation des mots difficile. Inconscience manifeste. État antérieur à la condamnation. Mort le 16 novembre 1891. » (Rapports du directeur, 26 juin et 15 juillet 1894.)

N° 70. — Trente-trois ans. — Escroquerie. — Six mois de prison. — Condamné le 17 février 1890. — Transféré à l'asile, le 23 juin 1890.

« Débilité mentale avec mauvais instincts ; accès de délire mélancolique : rechute certaine à la sortie. Avait déjà été traité à l'asile d'aliénés comme militaire venant des travaux publics. » (Rapport du directeur, 25 juin 1894.)

Comment l'instruction n'a-t-elle pas révélé ce traitement antérieur à l'asile? Connu, il eût, sans doute, déterminé une expertise, et l'expertise eût sans doute aussi évité la condamnation.

N° 112. — Trente-huit ans. — Fraude envers un restaura-

teur. — Six mois de prison. — Condamné le 18 juin 1887. — Transféré à l'asile, le 18 décembre 1887.

« Ce malade, atteint de débilité, a subi huit condamnations, dont six pour filouterie d'aliments. Un de ses cousins écrivait le 11 décembre 1887 : « Mon parent est irresponsable de ses « actes, aux termes des certificats de médecins. Plusieurs fois « déjà il a été condamné pour escroquerie d'aliments. Il voyage « errant, demandant à manger, quand il est poussé par la « faim ; s'il n'a pas d'argent, il offre ses vêtements pour s'ac- « quitter, après quoi il fait un escroc et se fait prendre par la « justice. » (Rapport du directeur, 10 juillet 1894.)

N° 139. — Quarante-et-un ans. — Incendie. — Cinq ans de réclusion. — Date de la condamnation inconnue. — Transféré à l'asile, le 23 mai 1888.

« Imbécillité ; idées confuses de persécution. Mort le 29 juin 1890. » (Rapport du directeur, 28 juin et 16 juillet 1894.

Malgré une demande d'informations complémentaires, les renseignements sont restés très insuffisants. S'il figure sur cet état, c'est que le directeur dans son second rapport, 16 juillet 1894, dit : « La nature de la maladie mentale démontre que ce délinquant était aliéné avant sa condamnation. »

N° 200 — Cinquante-deux ans. — Vagabondage. — Cinq mois de prison. — Condamné le 21 octobre 1887. — Transféré le 15 mars 1888.

« Débilité intellectuelle avec impulsions irrésistibles ; état congénital aggravé par l'alcoolisme. » (Rapport du directeur, 8 juillet 1894.)

Le malade appartient à une famille très honorable. A l'âge de dix ans il avait déjà des obsessions. Tout jeune, il avait fait un court séjour dans une maison de santé privée, où il avait été soigné pour un accès de folie morale. A l'âge de dix-sept ans, il avait fait un autre séjour dans un asile d'aliénés (du 4 octobre 1853 au 5 janvier 1854). Au régiment, des actes d'insubordination le firent passer au conseil de guerre où il fut condamné. Sa peine achevée, il fut envoyé en Afrique. Rentré dans la vie civile, il subit quarante-trois condamnations pour vagabondage.

« Comme tous les aliénés atteints de folie morale, écrit le directeur, ce malade ne manifestait sa folie que par ses actes. Quand on l'interrogeait, il parlait et raisonnait d'une façon suivie, ce qui explique les nombreuses condamnations qu'il a subies. »

Mais ce qui ne s'expliquerait pas, ajouterons-nous, si, dès la première poursuite, il avait été examiné par un médecin compétent.

N° 245. — Trente-huit ans. — Outrage public à la pudeur. — Un an de prison. — Condamnée le 27 juin 1867. — Transférée à l'asile, le 10 septembre 1887.

Bien que cette malade ne soit entrée à l'asile que longtemps après sa condamnation, le directeur croit pouvoir affirmer que lors de cette condamnation elle était déjà aliénée et irresponsable. « Elle est, dit-il, atteinte d'imbécillité avec perversion instinctive. Cet état est nécessairement congénital. Il eût pu être constaté à l'époque où elle a commis les délits et donner lieu à un placement immédiat à l'asile, si la prévenue avait été soumise à une expertise médico-légale. » (Rapport en date du 29 juin 1894.)

Dégénérescence mentale.

N° 63. — Trente-deux ans. — Vagabondage. — Quatre mois de prison. — Condamné le 28 février 1890. — Transféré à l'asile, le 8 mai 1890.

« Folie avec idées de persécution. Dégénérescence manifeste, physique et intellectuelle. Asymétrie crânienne, exubérance des instincts. Faiblesse d'esprit congénitale. Divagations absurdes. Hallucinations. Réformateur de la société, persécuté, persécuteur. Dangereux, incurable. État antérieur à la condamnation. » (Rapports du directeur, 26 juin et 15 juillet 1894.)

N° 64. — Trente-deux ans. — Vagabondage. — Deux mois de prison. — Condamné le 15 novembre 1886. — Transféré à l'asile, le 13 janvier 1887.

« Dégénéré, imbécile, imbu d'idées religieuses exagérées. Incapable d'aucun travail. Ses parents l'avaient éloigné en le casant comme domestique dans une communauté religieuse où, bien entendu, il n'a pu rester. Son affection mentale étant congénitale, entraînait, à mon avis, l'irresponsabilité. » (Rapports du directeur, 27 juin et 17 juillet 1894.)

N° 72. — Trente-trois ans. — Refus d'obéissance, insubordination. — Condamnation, à deux reprises différentes, à un an au pénitencier. — Date du transfert à l'asile, inconnue.

« Aliéné héréditaire, totalement. » (Rapport du directeur, 7 juillet 1894.)

Ce malade, mis en observation à l'asile à la suite d'un parricide, a été reconnu irresponsable. L'on a pu reconstituer son

histoire. Son grand-père paternel était alcoolique ; sa grand'-mère maternelle était aliénée. A dix-sept ans, il fit une chute sur la tête et le médecin avertit la famille que l'accident pourrait avoir un retentissement ultérieur sur ses facultés intellectuelles. Engagé volontaire, il se livra au régiment à de telles extravagances qu'un de ses chefs déclara que « il eût été fusillé si l'on n'avait pas reconnu qu'il ne jouissait pas de son bon sens. » On se contenta de lui faire subir les deux condamnations mentionnées dans la colonne 4. Le directeur qui fournit les informations que je résume ajoute : « Il est évident que ce malade est depuis fort longtemps aliéné, qu'il eût dû être réformé pendant son service militaire et interné dans un asile. Cette mesure eût empêché le parricide commis par cet inconscient. » (Rapport du directeur, 7 juillet 1894.)

Epilepsie et Hystérie.

N° 2. — Seize ans. — Coups et blessures, bris de clôture et menaces. — Quatre ans de détention. — Condamné le 12 août 1885. — Transféré à l'asile, le 29 juin 1889.

« Atteint de débilité mentale congénitale. Transféré de la colonie des Douaires, pour cause de manie épileptique. » (Rapport du directeur, 3 juillet 1894.)

Il a fallu que les circonstances persuadassent bien fortement le directeur de l'irresponsabilité de ce malade, au moment du délit commis, pour qu'il l'inscrivît sur l'état, alors qu'il l'avait recueilli si longtemps après sa condamnation.

N° 9. — Vingt ans. — Excitation de mineurs à la débauche. — Huit mois de prison. — Condamné le 30 août 1886. — Transféré à l'asile le 3 septembre 1886.

« Admis à la suite d'un certificat du médecin de la prison constatant qu'il est atteint d'épilepsie avec délire et tendance au suicide. Nul doute qu'il était aliéné au moment de sa condamnation. » (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)

N° 105. — Trente-sept ans. — Vol. — Un an de prison. — Condamné le 8 février 1889. — Transféré à l'asile, le 23 juin 1889.

« Ce malade nous a été amené en proie aux dernières manifestations d'un violent accès de manie aiguë épileptique. D'après les renseignements consignés au registre, c'est un vieil épileptique, ayant eu déjà de fréquents accès, souvent suivis d'accès d'agitation des plus violents, même de folie furieuse. » (Rapport du directeur, 26 juin 1894.)

N° 172. — Quarante-six ans. — Escroquerie. — Cinq ans de prison. — Condamné le 8 mars 1888. — Transféré à l'asile le 19 février 1889.

« Grande hystérie très ancienne. Nous n'hésitons pas à penser que ce malheureux a été victime d'une erreur judiciaire. » (Rapports de deux directeurs, 16 juillet et 7 août 1894.)

Le médecin de la prison, interrogé, a dit qu'il se souvenait de ce détenu « comme d'un déséquilibré. » Son avocat, aujourd'hui greffier d'un important tribunal civil, écrit : « Quant à moi, mes souvenirs sont plus exacts. Par les rapports des docteurs qui étaient joints au dossier, j'étais arrivé à me convaincre que ce prévenu était irresponsable, et que toutes les fois qu'il serait libre, il commettrait de nouveaux vols. Un premier jugement avait reconnu cette vérité, et avait prononcé l'internement dans un asile d'aliénés. Mais ce malheureux s'étant sauvé de l'asile où il avait été enfermé et ayant commis de nouveaux vols, la Cour n'a pas voulu admettre qu'il fût irresponsable. »

Le médecin chef de la prison déclare « que dès 1887, ce malade était traité à l'infirmerie de la prison pour accidents paralytiques analogues à ceux qu'il a offerts depuis. »

Il avait été traité pour une affection cérébro-spinale à l'hôpital de Tunis.

A la prison, après sa condamnation de 1888, il avait tous les huit ou dix jours des convulsions hystéro-épileptiques. On le renvoie de la prison à l'asile, où il arrive « dans un état de délabrement intellectuel et moral considérable. Il présente de la parésie des membres inférieurs. Il est affaibli sous tous les rapports ; sa mémoire est obtuse, il est incapable de répondre aux questions. » (Rapports susvisés.)

Ce malade a, de 1878 à 1888, subi six condamnations pour escroquerie ou pour vol à six mois, un an, quatre mois, quinze mois, cinq ans, et encore cinq ans d'emprisonnement.

Il appartient à une famille honorable. Il a été ingénieur, conseiller de préfecture, chef de cabinet de préfet. « Il est instruit, a des manières distinguées et une délicatesse d'allures en contradiction absolue avec la série de faits qui ont motivé ses condamnations successives. » (Ibid.)

Il n'a pour parents qu'une sœur, personne très considérée, entièrement dévouée à son frère qu'elle regarde comme tout à fait irresponsable. Depuis 1876, écrit-elle, (c'est-à-dire antérieurement à sa première condamnation) « son organisation a subi des crises nombreuses ».

Le directeur de l'asile, s'appuyant sur ces faits qui lui paraissent décisifs, a fait, en 1890, une demande en grâce en faveur de ce malade ; cette demande n'a pas abouti.

En 1893, ce malade s'est évadé de l'asile.

Qui sait si depuis il n'a pas subi de nouvelles condamnations ?

Manie.

N° 150. — Quarante-deux ans. — Filouterie d'aliments. — Quatre mois de prison. — Condamné le 20 mars 1890. — Transféré à l'asile, le 26 avril 1890.

Entré à l'asile atteint de manie. La conviction du directeur est qu'il était irresponsable au moment de l'acte délictueux et qu'un examen médico-légal eût évité la condamnation. Sorti guéri le 7 avril 1891, mais avec un casier judiciaire.

N° 192. — Cinquante-et-un ans. — Vol. — Trois mois de prison. — Condamné le 18 octobre 1887. — Transféré à l'asile, le 8 novembre 1887.

« Ce malade nous a été amené en proie à un violent accès d'agitation maniaque. L'état de folie était antérieur à l'acte incriminé. Mort, le 14 novembre, de manie aiguë et d'épuisement nerveux. » (Rapport du directeur, 26 juin 1894.)

Ce malade condamné à trois mois de prison pour vol, a donc été transféré à l'asile vingt jours après sa condamnation et est mort moins de deux mois après cette condamnation.

N° 247. — Quarante ans. — Outrage public à la pudeur. — Quatre mois de prison. — Condamnée le 27 avril 1887. — Transférée à l'asile le 17 août 1887.

« Manie avec violente agitation. Le certificat du médecin de la prison dit : Cette femme, depuis la date de son entrée à la maison d'arrêt, n'a jamais cessé de donner des signes d'aliénation mentale. » (Rapports du directeur, 5 et 19 juillet 1894.)

Cette malade avait été précédemment condamnée, le 22 avril 1887, la même année par conséquent, à un mois de prison pour vol.

Elle est sortie de l'asile guérie, le 31 octobre 1887.

N° 253. — Quarante-deux ans. — Vol. — Condamnée par la Cour d'assises à deux ans de prison, le 24 octobre 1888. — Transférée à l'asile, le 9 décembre 1888.

« Présentait un accès de manie aiguë lorsqu'elle a commis les vols pour lesquels elle a été condamnée. Avait été déjà

atteinte, du 14 mars au 20 novembre 1876, d'un accès de manie semblable à celui qu'elle présentait au moment de sa condamnation. La maladie était la cause indubitable des actes incriminés. Est sortie guérie le 7 septembre 1889. » (Rapport du directeur, 3 juillet 1894).

Guérie, oui, mais avec un casier judiciaire en fait indélébile. Et c'est devant la Cour d'assises que l'instruction ne révèle pas une si évidente irresponsabilité !

Lypémanie, dépression mélancolique.

N° 27. — Vingt-cinq ans. — Filouterie. — Six mois de prison. — Condamné le 2 novembre 1887. — Transféré à l'asile, le 27 janvier 1888.

« Dépression mélancolique avec hallucinations et idées de persécution. » (Rapport du directeur, 17 juillet 1894.)

Avait été interné déjà dans deux asiles avant sa condamnation. « Ce malade, ajoute le directeur, a été reconnu aliéné trop peu de temps après sa condamnation pour qu'on puisse supposer qu'il était indemne alors, d'autant plus qu'il s'agit d'un état qui évolue d'habitude progressivement. Une expertise était donc indiquée et eût probablement changé la situation. »

N° 65. — Trente-deux ans. — Assassinat de deux personnes. — Travaux forcés à perpétuité. — Date de la condamnation inconnue. — Transféré à l'asile, le 20 avril 1890.

« Transféré sur certificat du médecin d'un pénitencier agricole ; ce certificat le déclarait atteint d'aliénation mentale et très dangereux. Mis en observation à l'asile pour être dirigé sur Gaillon si l'aliénation mentale était confirmée. Transféré, en effet, à Gaillon, le 9 juillet 1890. La nature de son affection (lypémanie avec délire des persécutions et idées d'empoisonnement) et le rapport du médecin du pénitencier permettent de supposer qu'il était déjà aliéné lorsqu'il a été condamné. » (Rapport du directeur, 30 juin 1894.)

N° 90. — Trente-cinq ans. — Bris de clôture. — Un an de prison. — Condamné le 22 février 1887. — Transféré à l'asile, le 27 mai 1887.

« Dépression mélancolique avec idées de persécution et hallucinations de l'ouïe. Tendance à la démence. »

Ce malade, écrit le directeur (17 juillet 1894), a été reconnu aliéné trop peu de temps après sa condamnation pour qu'on puisse supposer qu'il était indemne alors, d'autant plus qu'il

s'agit d'un état qui évolue d'habitude progressivement. Une expertise était donc indiquée et eût probablement changé la situation.

N° 230. — Vingt-six ans. — Vol. — Trois mois de prison. — Condamnée le 12 octobre 1888. — Tranférée à l'asile le 26 octobre 1888.

« Lypémanie avec agitation. (Rapport du directeur, 6 juillet 1894.) Le directeur estime qu'une expertise médico-légale confiée à des aliénistes de métier eût éclairé le tribunal sur la situation d'irresponsabilité de cette malade. »

N° 271. — Age inconnu. — Vol. — Trois mois de prison Condamnée le 14 avril 1886. — Transférée à l'asile le 27 avril 1886.

« Faiblesse intellectuelle. Lypémanie. Le lendemain de la condamnation, le médecin de la prison délivrait le certificat ci-après : « La nommée H..., atteinte de démence, très agitée et bruyante en ce moment. Ancienne pensionnaire de l'asile, est dans le cas d'être admise dans un hospice d'aliénés. » (Rapport du directeur, 27 juin 1894.)

Ce que le médecin savait, les magistrats auraient pu le savoir et éviter cette condamnation. La malade, en effet, avait déjà passé dix-huit mois dans un asile pour cause de folie mélancolique avec stupeur. Elle était sortie de l'asile l'année précédente.

Délire chronique.

N° 57. — Trente et un ans. — Vol. — Trois mois de prison. — Condamné le 1er avril 1887. — Transféré à l'asile le 4 juin 1887.

« Traité une première fois à l'asile du 21 mai au 30 juillet 1884. Etait atteint de délire chronique. A toujours été l'objet de persécutions déterminées par des hallucinations sensuelles. C'est sous l'influence de ces persécutions délirantes qu'il a commis les actes qui ont amené sa condamnation. » (Rapport du directeur, 26 juin 1894.)

Il semble que l'on aurait pu, au cours de l'instruction, apprendre que l'inculpé avait été interné trois années auparavant. La connaissance de ce fait eût sans doute déterminé une expertise qui eût éclairé le magistrat sur l'irresponsabilité de ce malade.

N° 89. — Trente-cinq ans. — Coups et blessures, violences,

— Sept mois de prison. — Condamné le 6 juin 1889. — Transféré à l'asile le 28 décembre 1889.

« Folie avec idées de persécution. Hallucinations sensorielles entretenant le délire. Il a été condamné pour violences contre des ennemis imaginaires. Évadé, le 19 juillet 1891, dans le même état de folie incurable, signalé comme très dangereux. L'acte pour lequel il a été condamné n'a été qu'une manifestation morbide. » (Rapports du directeur, 26 juin et 15 juillet 1894.)

N° 154. — Quarante-deux ans. — Grivèlerie, menace d'incendie. — Quatre mois de prison. — Condamné en 1887. — Date de transfert à l'asile inconnue.

« Pendant son service militaire, le malade a subi deux condamnations, l'une pour refus d'obéissance, l'autre pour abandon de son poste. Depuis 1887, accuse vingt-deux condamnations civiles. Il dit que son père ayant subi une condamnation injuste, il n'a pas voulu lui être supérieur et humilier sa mémoire en gardant un casier judiciaire intact. Le médecin de la maison d'arrêt le déclare atteint de la folie des grandeurs. Or, cette forme est essentiellement chronique : le délire des grandeurs n'est primitif que chez les alcooliques et les paralytiques généraux. Ce malade était manifestement aliéné et irresponsable à l'époque où il a subi sa condamnation. Il aurait même dû, depuis fort longtemps, être placé dans un asile. » (Rapport du directeur, 7 juillet 1894.)

N° 217. — Soixante-trois ans. — Outrage public à la pudeur. — Six mois de prison. — Condamné le 15 octobre 1886. — Transféré à l'asile le 1er juillet 1890.

« Délire partiel. Idées de persécution. Idées de grandeur, Hérédité collatérale. Une sœur de son père était alcoolique et névropathe. Dans le cas de ce malade, une expertise médico-légale eût certainement éclairé la situation. » (Rapports du directeur des 27 juin et 17 juillet 1894.)

N° 251. — Quarante ans. — Diffamation, menaces aux magistrats. — Condamnée le 23 mars 1888. — Transférée à l'asile, le 11 mars 1890.

« Délire des persécutions. Poursuivie une seconde fois pour des faits analogues à ceux qui avaient motivé sa condamnation, on eut enfin l'idée de la faire examiner par un médecin-légiste. Celui-ci prouva l'irresponsabilité et une ordonnance de non-lieu intervint. La maladie est très ancienne et bien antérieure à la condamnation de 1888. » (Rapport du directeur, 8 juillet 1894.)

N° 258. — Quarante-sept ans. — Escroquerie et vagabondage. Onze mois de prison. — Condamnée le 27 novembre 1885. — Transférée à l'asile le 30 août 1886.

« Délire des persécutions avec hallucinations de l'ouïe. On doit supposer que le délire de la maladie a traversé la période aiguë pour tomber dans celle de la chronicité ; qu'il existait déjà au moment de l'accomplissement du fait incriminé, que c'est pour fuir des persécutions imaginaires que la malade est devenue depuis longtemps vagabonde. C'est ce qui arrive presque toujours pour les aliénés migrateurs. Les hallucinations jointes à un besoin impérieux, ont pu la pousser à commettre cette escroquerie. » (Rapports du directeur des 27 juin et 17 juillet 1894.)

La condamnation de novembre 1885 était la troisième frappant cette malade.

Alcoolisme.

N° 136. — Quarante ans. — Mendicité. Trois mois de prison. — Condamné le 21 mai 1888. — Transféré à l'asile le 18 mai 1888.

Accès furieux de délire alcoolique. Interrogé à l'asile, il ne s'expliquait pas qu'ayant de l'argent en poche il ait pu mendier. En 1886, il avait sauté d'un deuxième étage, chute suivie de perte de connaissance et de mémoire. L'état de folie était antérieur à la condamnation. Sorti guéri le 4 septembre 1888. » Cet individu est donc pourvu d'un casier judiciaire. (Rapport du directeur, 25 juin 1894.)

Et que peut-il devenir, à quarante-deux ans, avec un casier judiciaire? Or, il me semble bien, d'après les termes de ce rapport, que ce malheur eût pu lui être épargné.

Législation

LÉGISLATION RELATIVE A L'ALCOOLISME

Par le Dr MEILHON
Médecin de l'asile d'aliénés de Montauban.

Dans la lutte contre les progrès de l'alcoolisme, tous les moyens sont légitimes qui tendent à réaliser le moindre bienfait. Le cri d'alarme a été jeté par nos excellents collègues des asiles, les Drs Pierret, Legrain, Philippe Rey, au congrès de Lyon. Le danger est patent, danger individuel, danger social, il y va de la conservation de notre race. Nos hôpitaux se peuplent d'ivrognes, les alcooliques envahissent nos asiles, nos enfants dégénèrent dans des proportions inconnues autrefois, et il est permis de penser que l'alcoolisme n'est pas sans influence sur les utopies malsaines et les effondrements lamentables qui caractérisent notre état social actuel; aussi les plus nobles efforts sont-ils tentés de toutes parts pour atténuer sinon supprimer ses funestes effets : le rapport au Sénat de M. Claude des Vosges, celui de M. Léon Say au nom de la commission extra-parlementaire des alcools, les comptes rendus des Congrès de Christiania, Zurich, La Haye, Chicago nous enseignent les différentes mesures prises dans les divers pays pour combattre l'alcoolisme, et M. Ladame, de Genève, résume magistralement la question dans son

rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Clermont-Ferrand en 1894.

Nous n'avons pas à revenir ici sur les étapes parcourues par la question qui nous intéresse ; nous dirons seulement, d'après M. Ladame, que les divers systèmes préconisés se ramènent en définitive à cinq types principaux : 1° les taxes, impôts et accises sur les alcools ; 2° la réduction du nombre des débits ; 3° les systèmes de licences de Gœteborg en Snède et de Bergen en Norwège ; 4° le monopole de l'État ou système suisse ; 5° la prohibition absolue locale ou nationale, ou système américain. Malheureusement aucun de ces systèmes n'est à l'abri de critiques sérieuses, et d'autre part ce ne sont pas les mesures appliquées en pays étranger qui doivent nous servir de ligne de conduite exclusive ; nous devons, ce nous semble, tenir compte surtout de notre tempérament national, et ce tempérament tient à la fois de notre sol et de nos institutions ; aussi nous accommodons-nous difficilement des progrès d'importation, et pas n'est besoin, du reste, d'emprunter aux autres les éléments de notre défense.

La réduction du nombre des débits, bien que certaines statistiques en fassent un facteur indifférent, est le procédé préconisé en France par des esprits éminents, MM. Claude des Vosges et Léon Say. Il n'est pas possible, en effet, qu'elle n'amène pas une diminution dans la consommation de l'alcool, la tentation de boire devenant d'autant moins grande que l'individu trouve moins de débits sur sa route ; mais nous nous butons ici à une mesure qui pourrait avoir dans le pays le plus fâcheux retentissement. Comment, en effet, ne pas tenir compte des récriminations innombrables qui surgiraient le jour où certains débits seraient fermés par mesure administrative ? Ce serait un soulèvement général de la part des intéressés, tenanciers et clients, et il n'est pas jusqu'à la

politique qui, dans la plupart des clochers, n'aurait à souffrir de la disparition de certains cénacles, véritables cercles électoraux à la dévotion du législateur. Et puis, comment faire la sélection ? Pourquoi tel débit sera-t-il autorisé quand son voisin devra disparaître ? Dans notre régime de liberté à outrance, cette mesure serait inapplicable. Il ne faut pas songer à un désintéressement pécuniaire qui serait immoral, et procéder par extinction serait renvoyer la réforme à une échéance indéterminée, sans compter que de toutes façons on constituerait un véritable monopole au bénéfice des tenanciers autorisés.

En somme, la réduction du nombre des cabarets nous paraît le procédé le plus séduisant ; mais elle est d'une application difficile, et il s'agit de trouver un moyen terme capable de la mettre en pratique à l'abri de toutes récriminations des intéressés. Si les débits deviennent de jour en jour plus nombreux, c'est apparemment parce que ce commerce est une source de profits lucratifs pour les tenanciers ; le limonadier ou cabaretier semble en effet, à tort ou à raison, vivre dans une aisance relative ; dans les villes, il paraît peu occupé par son travail ; dans les campagnes, il est parfois un personnage, menant une existence facile, capable souvent de rendre des services politiques ou administratifs. La lutte contre l'alcoolisme peut donc se réduire en dernier ressort à la lutte contre le cabaretier ; mais cette lutte s'adressant à des commerçants qui, tout bien considéré, sont peut-être dignes d'intérêt, il convient qu'elle ne ressemble pas à des mesures de rigueur excessive et de persécution à outrance et que tous soient frappés au même degré.

Le procédé que nous préconisons nous est inspiré par la réglementation introduite depuis quelques années dans les buffets de gares de chemins de fer, et qui a

reçu du public l'accueil le plus favorable. On sait combien était autrefois exploité le malheureux voyageur que la faim obligeait en cours de route à s'arrêter dans un buffet ; il y eut des abus tels que les Compagnies en arrivèrent à imposer des tarifs uniformes, tenant compte à la fois de l'intérêt du voyageur et de l'intérêt du concessionnaire ; aujourd'hui un tarif est affiché dans les salles, et il n'est personne qui ne s'y soumette. C'est sur ce principe que nous basons un système appelé, croyons-nous, à avoir une heureuse influence sur la diminution dans la consommation de l'alcool : un règlement d'administration publique, « car l'intervention de l'Etat est nécessaire », fixe tous les ans les prix, variables suivant l'importance des localités, des boissons dont la consommation est tolérée dans les cabarets, débits, comptoirs, bars, cafés, et tous lieux autorisés servant de réunion au public. Quant à la nature des liquides débités, la liste peut en être très libérale ; l'absinthe devant y figurer, aucun autre n'est indigne d'y prendre place ; encore faudra-t-il cependant qu'il ait reçu l'agrément de l'administration, car il est vraiment étrange de ne pouvoir exploiter sans autorisation une eau minérale ou une pastille de goudron et d'avoir par contre toute liberté d'empoisonner son semblable avec des alcools toxiques et les essences les plus nuisibles ; il n'est pas de semaine, pas de jour, où les murs d'une ville et les journaux les plus populaires ne célèbrent à grands frais de réclame les vertus d'un nouvel apéritif, et il n'est pas admissible que l'Etat se désintéresse de la nature de ces produits, quand il subordonne la vente d'une eau minérale à une analyse des plus sévères.

La nature du liquide étant connue dans ses moindres détails, et l'autorisation de vente chez le débitant délivrée, il s'agit d'en imposer un prix de consommation

qui restera affiché dans la salle ; ici, deux procédés peuvent être envisagés : ou bien élever le tarif des consommations à un prix tel qu'il soit très onéreux pour le buveur et le mettre ainsi dans l'impossibilité de s'adonner à des libations trop répétées ; ou bien au contraire le réduire à un prix tellement inférieur que le tenancier n'ait qu'un bénéfice très minime sur l'objet de la vente.

Examinons l'un et l'autre de ces deux systèmes. Le premier est tout à l'avantage du débitant puisqu'il lui assure un bénéfice supérieur à celui auquel il prétend aujourd'hui, et il aurait certainement pour effet immédiat d'accroître encore le nombre de ces commerçants. Il est vrai que le buveur, en même temps qu'il aurait à surveiller ses dépenses, y trouverait sans doute une amélioration dans la qualité de la marchandise vendue et peut-être dans l'hygiène et l'installation matérielle des locaux ; mais cette prime donnée au commerce des boissons serait profondément immorale, et du reste il n'est pas sûr qu'il ne se ferait pas bien souvent, à l'insu de la plus sévère surveillance, des accommodements tacites entre client assidu et débitant pour livrer la marchandise au-dessous du tarif.

Le second procédé échappe à ces critiques : obliger le tenancier à délivrer sa marchandise à un prix inférieur à sa valeur vénale, c'est le mettre bientôt dans l'impossibilité de continuer un commerce désormais improductif, c'est anéantir à brève échéance le commerce des boissons dans les lieux publics. Ici, en effet, plus de compromis possible entre le client et le vendeur ; le tarif est affiché dans la salle et il n'est pas un buveur qui consentira à le majorer par complaisance pour son hôte : la liqueur est autorisée, la contenance des récipients déterminée, et la surveillance de l'autorité devient on ne peut plus facile.

Mais c'est encore là, dira-t-on, un encouragement au vice en donnant au buveur toutes facilités pour redoubler ses excès sans compromettre sa bourse. Cette objection n'est pas sans valeur ; mais les craintes qu'elle suggère sont peut-être plus apparentes que réelles. L'habitué des cabarets ne recherche pas autant qu'on pourrait le croire à modérer sa dépense ; il boit jusqu'à ce qu'il ait atteint sa dose habituelle de saturation, et l'entraînement n'est pas en relation avec le prix de la marchandise ; tel autre qu'un usage malsain conduit au café avant ses repas, candidat inconscient à une intoxication lente mais sûre, ne boira pas davantage parce que la liqueur lui sera donnée à plus bas prix. En définitive, il y aura bénéfice moindre pour le débitant, économie pour le buveur : le premier abandonnera son commerce parce qu'il ne le trouvera pas suffisamment rémunérateur ; le second rapportera dans son ménage ce qui constituait les bénéfices de l'autre, et de toutes parts la société y trouvera son compte.

Nous ne faisons pas de différences pour les boissons distillées et les boissons fermentées ; tout au plus si pour celles-ci on pourrait apporter quelque tempérament à notre réglementation. Nous voudrions avant tout que toute boisson alcoolique consommée dans un établissement public fût taxée au plus bas prix possible avec garanties d'origine et de fabrication, et que le vendeur fût mis dans l'impossibilité d'échapper à ces règlements en l'exposant à des dommages sévères et à la fermeture de son établissement.

Les établissements ne débitant exclusivement que des boissons hygiéniques, thé, café, lait, sirops, boissons gazeuses, etc., auraient liberté complète de taxer leur marchandise et seraient soustraits aux dispositions imposées à leurs congénères, et ce serait un premier pas vers l'institution de ces cafés de tempérance qui donnent

ailleurs de bons résultats et que malheureusement nous ne voyons pas s'acclimater en France.

On sera peut être étonné d'apprendre que le système que nous préconisons a reçu dans l'antiquité la sanction de l'expérience ; c'était à Rome sous la république d'Auguste, et l'exemple que nous en recevons n'est pas à dédaigner. Notre société, en effet, a plus d'une analogie avec la société romaine sous Auguste, et notre république lui ressemble sur plus d'un point. A Rome du moins, on ne buvait que du vin ; mais, comme chez nous, on en était arrivé à le boire à jeun et avant l'heure des repas. L'alcoolisme faisait les plus grands ravages dans le peuple et jusque parmi les patriciens ; le peuple presque entier venait aux comices dans un véritable état d'ivresse, et les grands se ruinaient dans des festins d'apparat. C'est alors que parurent les lois somptuaires destinées à mettre un frein à ces débordements ; parmi celles-ci, la loi Cornélia, publiée en 672, sous la dictature de Sylla, tarifait les denrées alimentaires bien au-dessous de leur valeur vénale. « Pour un instant, dit l'historien Macrobe (*Saturn.*, II, 13), la gourmandise était mise à la portée de tous ; mais le mal ne pouvait être de longue durée, parce que le marchand allait se trouver dans l'impossibilité de continuer un commerce désormais aussi ruineux pour lui qu'il avait été funeste aux mœurs publiques (1). » Malheureusement, les mesures encore plus restrictives qui suivirent cette sage ordonnance ne permirent pas d'en observer les bons résultats.

L'application au régime des cabarets des dispositions de cette loi Cornélia nous donne cette conviction qu'il suffira de peu de temps pour réduire dans de sensibles proportions le nombre des débits, sans qu'on puisse nous accuser de donner une prime à l'ivrognerie par le

(1) V. Dézobry. *Rome au siècle d'Auguste*, t. III, 527.

bas prix des alcools consommés. Il ne faut pas, en effet, dans cette question de haute moralité sociale, considérer seulement l'ivrogne, mais bien tous ceux qui font peu ou prou un usage habituel des alcools. Ces derniers, pour n'aller presque jamais jusqu'à saturation, s'intoxiquent par petites doses répétées, mais d'autant plus sûrement ; l'absinthe qu'ils boivent avant leur repas leur donne souvent une excitation factice que l'habitude a rendue impérieuse et nécessaire, ils peuvent même n'en jamais ressentir des effets immédiats ou éloignés ; mais pénétrez un instant dans leur famille et examinez leur descendance, vous trouvez des enfants malingres, chétifs, frappés dans l'œuf par l'imprégnation alcoolique, et dont la dégénérescence physique et mentale fait plus tard des soldats sans résistance et des citoyens sans moralité. Et lorsque nous aurons enlevé aux bouilleurs de cru ce privilège scandaleux de distiller des alcools de maïs et de pommes de terre, lorsque l'État voudra se charger de la rectification des alcools, nous serons bien près d'avoir opposé, avec les mesures que nous proposons, une digue puissante au flot toujours montant de l'alcoolisme.

Revue critique.

DE LA

DÉMENCE PARALYTIQUE

DANS LA RACE NÈGRE

Par le Dr A. CULLERRE

Depuis l'abolition de l'esclavage aux Etats-Unis et surtout depuis une dizaine d'années, l'augmentation du nombre des aliénés de race nègre a attiré l'attention des aliénistes de ce pays.

Le rapport de la Commission des aliénés de l'État de Maryland, pour 1892, relève la présence, dans les divers asiles de cet Etat, de 278 nègres (130 h. et 148 f.) pour une population totale de 215,897 gens de couleur, soit 1 sur 776. Ce pourcentage est encore très inférieur à celui que donne la race blanche, qui est de 1 sur 525 ; mais il faut remarquer que cette dernière proportion est fortement majorée par cette circonstance que la population pauvre immigrée, principalement celle de race germanique, fournit un nombre énorme d'aliénés. Quoi qu'il en soit, la race nègre semble vouloir rattraper la race blanche dans ce steeple-chase de la folie.

A l'asile de Baltimore, dit le Dr Berkley, à qui nous empruntons les renseignements consignés dans cet article (1), il y avait en 1884, 26 nègres aliénés ; au 31 décembre 1893, ce nombre s'élevait à 81, soit une augmentation de 300 p. 100 en huit années.

(1) Dementia paralytica in the negro race. By Henry J. Berkley, M. D. Mémoire publié dans *The Johns Hopkins hospital Reports*. Baltimore, 1894.

Le Dr Berkley attribue presque exclusivement l'accroissement du nombre des aliénés nègres au changement survenu dans leur position sociale, aux soucis et aux difficultés de l'existence qu'a fait naître pour eux le régime de la liberté. Sous la tutelle d'un maître, le nègre n'avait qu'à subir passivement le sort qui lui était fait. Livré à lui-même et obligé de pourvoir à sa subsistance, il lui a fallu se mesurer avec le blanc dans la lutte pour la vie. Il est, à la vérité, moins ambitieux que ce dernier, et ayant moins de besoins, n'est pas astreint à des efforts aussi considérables ; mais il est plus généralement débauché, plus dissolu, plus imprévoyant et plus indifférent aux lois de l'hygiène.

Presque toutes les formes d'aliénation mentale que présentent les races blanches se retrouvent chez les races nègres. La manie, la mélancolie, la folie épileptique y sont communes ; les délires systématisés s'y rencontrent également ; pourtant la folie circulaire y est rare. Enfin, la paralysie générale y est assez fréquente. En moins de quatre ans M. Berkley en a observé 8 cas, dont 6 à l'asile et 2 dans sa clientèle privée.

En 1883, le Dr Roberts, médecin de l'un des asiles de la Caroline du Sud, déclarait n'avoir pas vu encore un nègre atteint de paralysie générale. Deux ans plus tard, le Dr Kiernan (Illinois) en publiait quelques observations, mais en les signalant comme rares. Le Dr Worcester (Arkansas), dans une communication écrite adressée au Dr Berkley, dit en avoir quelques cas dans son établissement, et avoir observé, alors qu'il était à l'asile de Kalamanzoo (Michigan), un dément paralytique nègre qui présentait cette particularité d'être issu de parents venus directement d'Afrique, fait intéressant au point de vue du rôle des conditions sociales dans l'étiologie de la maladie qui nous occupe. Enfin, le Dr Blackburn, de Washington, a pu observer de 1889 à 1892, 5 femmes nègres qui ont succombé à la démence paralytique et dont l'autopsie est venue confirmer le diagnostic.

De juillet 1890 à août 1892, le Dr Berkley a reçu, à l'asile de Baltimore, 5 nègres atteints de paralysie générale. Pendant la même période, le nombre total des nègres aliénés admis n'a pas dépassé 74, ce qui donne

pour les paralytiques généraux une proportion de près de 7 p. 100, chiffre vraiment considérable, si l'on observe qne sur une moyenne de 280 aliénés blancs pendant ces deux années, il n'y avait que 3 paralytiques avérés.

On ne peut donc pas dire que la paralysie générale soit inconnne chez les nègres. M. Berkley fait toutefois remarquer qne dans les antres asiles de l'État de Maryland, elle est beaucoup plus rare.

La symptomatologie, chez ces cinq malades, n'a rien présenté de bien remarqnable, si ce n'est la rapidité avec laquelle, après nne courte période de délire ambitieux, la démence s'est installée, générale, profonde et définitive. Au bout de quelques mois, les patients en étaient réduits à nn état d'automatisme somnolent avec gâtisme, incapables désormais de se mouvoir et de manger seuls.

Les divers cas penvent néanmoins être divisés en trois groupes : 1° ceux où prédominaient l'agitation et le délire des grandenrs ; 2° ceux où alternaient l'excitation et la dépression ; 3° ceux où la démence s'est exclusivement manifestée par nn affaiblissement rapide et progressif de l'intelligence.

Les signes pupillaires, représentés surtout par le myosis et l'irrégularité des contours de la pupille, les tremblements fibrillaires de la langue, des lèvres, des mains et des pieds, les troubles du langage poussés jusqu'à l'impossibilité d'articuler la moindre syllabe ont été notés dans chaque cas.

Chez presque tons les malades il y avait des troubles de la marche ; un on deux étaient franchement ataxiques. On n'a en à constater ni paralysie oculaire, ni atrophie de la rétine. Tous, sauf nn, eurent des attaques apoplectiformes et épileptiformes.

Nons n'insisterons pas sur cette symptomatologie qui ne relève ancnne particularité propre à la race nègre, pas plus que sur l'histologie pathologique, minutieusement étudiée par le Dr Berkley chez deux de ses malades et qni, de son propre aveu, ne diffère en rien de ce que l'on constate chez les paralytiques de race blanche.

Tout cela est en somme assez banal. Là où nous comptions trouver quelque chose d'intéressant, c'est au paragraphe de l'étiologie ; mais notre attente, il faut l'avouer,

a été complètement déçue : « Nos matériaux ne nous permettent pas, dit M. Berkley, d'apporter sur ce point des données plus claires que celles qui ont été fournies par les races blanches. Nous ne pensons pas que la syphilis joue ici un rôle prédominant, cette affection étant absente chez la plupart de nos malades ; nous ne pensons pas davantage que l'alcool soit susceptible d'être mis en cause ; nous serions plutôt disposé à incriminer les changements survenus dans la manière d'être de la race nègre, qui naguère exempte des soucis journaliers de la vie, s'est trouvée brusquement aux prises avec les difficultés de la lutte pour l'existence. »

Aujourd'hui tout le monde est d'accord, pensons-nous, pour refuser à des causes d'ordre moral un rôle exclusif, voire même prédominant, dans la genèse de la paralysie générale. C'est du côté des intoxications et surtout des infections que se portent les recherches, et des documents accumulés en nombre considérable depuis quelques années, documents d'une valeur indiscutable, tendent à établir que c'est dans l'infection syphilitique qu'il faut chercher le plus souvent l'origine de l'encéphalite interstitielle. Il est regrettable que M. Berkley n'ait pas accordé plus d'attention à cette opinion, car, étant donné le petit nombre des nègres jusqu'ici atteints de paralysie générale, une statistique basée sur la recherche des antécédents syphilitiques, chez ces malades, eût tout de suite acquis une grande valeur démonstrative. Le Dr Blackburn, en trois ans, observe cinq cas de paralysie générale chez des négresses, alors que la paralysie générale est rare dans la race noire, et, règle générale, beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme : n'y a-t-il pas là de quoi éveiller l'attention ? La lutte pour la vie n'a rien à voir ici, il nous semble, à moins que ces négresses ne fussent célibataires. Dans ce cas, de quel métier vivaient-elles ? Etaient-ce par hasard des prostituées ? Et alors ?

Au lieu de se poser toutes ces questions, le Dr Berkley se contente de dire qu'aucun de ses malades ne présentait de symptômes de syphilis. Ils n'en présentaient pas quand M. Berkley les a examinés ; mais cela ne prouve pas qu'ils ne l'eussent jamais eue. On n'en est plus à croire qu'il faille constater des accidents syphilitiques actuels

pour admettre le rôle de cette infection dans l'étiologie de la paralysie générale. Comme l'ataxie locomotrice, comme certaines autres scléroses médullaires, la paralysie générale d'origine syphilitique n'est pas une manifestation spécifique de l'infection, mais une manifestation à côté ; c'est une affection parasyphilitique.

Rien ne prouve, disons-nous, que les malades de M. Berkley n'aient jamais eu la syphilis. On est en droit, au contraire, d'après ses propres observations, de la soupçonner chez deux au moins de ses malades. En effet, le sujet de l'observation II « reconnaît avoir eu autrefois un bubon », et celui de l'observation V « dit que cinq ans auparavant, il a été traité pour une ulcération vénérienne » ; et il présentait au moment de l'examen des ganglions tuméfiés « derrière le coude et derrière les oreilles ».

Il y a, dans les observations du Dr Berkley, un point intéressant dont il nous reste à parler ; tous ses malades présentaient une artério-sclérose très développée. Chez le sujet de l'observation I, âgé de quarante ans, il y avait un épaississement diffus des artères cérébrales avec une plaque de dégénérescence graisseuse sur la basilaire. L'aorte, au-dessus des valvules sigmoïdes, frappées elles-mêmes de dégénérescence graisseuse, était atteinte d'endartérite athéromateuse à un degré considérable.

Celui de l'observation II, âgé de trente-huit ans, avait plusieurs plaques athéromateuses sur la valvule mitrale.

Chez celui de l'observation III, âgé de cinquante ans, dont l'autopsie n'a pas été faite, les artères accessibles au toucher étaient indurées.

Le malade de l'observation IV, âgé de trente-six ans, avait les artères coronaires sclérenses, la mitrale épaissie et des plaques d'athérome disséminées sur l'aorte. Les artères cérébrales étaient indurées, sans plaques athéromateuses.

Enfin, le cinquième et dernier, âgé de quarante ans, présentait une rigidité de toutes les artères avec induration calcaire de la radiale, l'arc sénile des cornées, et l'on constata, à l'autopsie, que toutes les artères cérébrales étaient athéromateuses au plus haut degré.

Le Dr Berkley considère ces lésions comme banales et dues au genre de vie des nègres, qui seraient d'ailleurs

extrêmement sujets à l'artério-sclérose. Gubler, chez nous, avait déjà soutenu que pour les paysans, l'athérome précoce était une des conditions pour ainsi dire normales de l'existence et qu'il fallait l'attribuer aux privations et au genre d'alimentation des gens pauvres qui contient une surabondance de sels calcaires.

L'explication n'est peut-être pas suffisante, et je crois qu'aujourd'hui Gubler ne s'en contenterait pas.

Quoi qu'il en soit, la paralysie générale, liée à l'artério-sclérose, n'est pas inconnue dans la race blanche. A. Voisin en a décrit une forme, et nous-même en avons réuni un certain nombre de cas ; mais nos malades étaient pour la plupart d'un âge beaucoup plus avancé que ceux du Dr Berkley et étaient presque tous de vieux alcooliques (1).

(1) A. Cullerre. De la démence paralytique dans ses rapports avec l'athérome artériel et le ramollissement jaune. (*Ann. méd.-psych.*, 1882.)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE 1894.

Présidence de M. Auguste VOISIN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Mort de M. Donnet.

M. le PRÉSIDENT annonce la mort de M. le Dr Donnet, membre titulaire de la Société, ancien médecin en chef de l'asile de Vaucluse, sénateur ; il se fait, auprès de la famille, l'interprète des regrets de la Société.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Fletcher Beach et George H. Rohé remerciant la Société de leur avoir accordé le titre de membre associé étranger.

2° Des lettres de MM. Pierre Janet et Roubinovitch, sollicitant le titre de membre titulaire. — Commission : MM. Ballet, Falret et Vallon, rapporteur.

3° Une lettre de M. Hamel sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Christian, Ritti et Sérieux, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Les numéros 19 à 30 des Rapports annuels de la Commission d'hygiène de l'enfance.

2° Le numéro de décembre des *Annales de Psychiatrie.*

Une place de membre titulaire est déclarée vacante, par suite du décès de M. le Dr Donnet.

Election du Bureau de 1895.

Il est procédé au scrutin pour l'élection d'un vice-président. Sur 22 votants :

MM.	CHARPENTIER obtient. . . .	16 voix
	JULES VOISIN.	4 —
	BOURNEVILLE	1 —
	MEURIOT.	1 —

En conséquence, M. Charpentier est élu vice-président.

2° M. RITTI est réélu secrétaire général par acclamation.

3° M. JULES VOISIN est réélu trésorier par acclamation.

4° MM. RENÉ SEMELAIGNE et PAUL SOLLIER sont réélus secrétaires annuels par acclamation.

Le Conseil de famille est constitué par les membres du Bureau auxquels sont adjoints les deux présidents sortants, MM. CHRISTIAN et AUGUSTE VOISIN.

Le Comité de publication est composé de MM. BALLET, BRIAND et DAGONET.

La Commission des finances est composée de MM. FALRET et CHRISTIAN.

Rapports de candidature.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, au nom d'une Commission dont je fais partie avec MM. Charpentier et Semelaigne, je suis chargé de vous faire un rapport sur la candidature au titre de membre associé étranger de M. le Dr Francotte, de Liège.

Je pourrais me borner à vous dire que M. Francotte est un des maîtres les plus justement estimés du corps universitaire belge ; qu'il est, depuis de longues années, professeur à l'Université de Liège ; que, cette année même, il a célébré le 25e anniversaire de son entrée dans l'enseignement. Dans le domaine de la médecine mentale, il jouit d'une légitime notoriété, et la Société

de médecine mentale de Belgique l'a appelé à l'honneur de présider ses séances.

La Société médico-psychologique n'aura donc qu'à s'applaudir de compter parmi ses membres associés un confrère aussi distingué. Mais, avant de vous demander de passer au vote, je dois en quelques mots vous énumérer les travaux scientifiques du candidat.

Ces travaux, fort nombreux, témoignent que l'activité scientifique de M. Francotte s'est portée avec une aisance égale sur les sujets les plus divers.

Je trouve, parmi les brochures qu'il nous a envoyées, non seulement des observations cliniques sur le *délire des négations*, sur la *paralysie alcoolique*, sur l'*affaiblissement intellectuel consécutif aux névroses convulsives*, sur les *injections sous-cutanées de phosphate de soude dans le traitement des maladies nerveuses ;* mais encore des recherches d'anatomie pathologique, telles que des *études sur l'anatomie pathologique de la moelle épinière*, *la dégénérescence ascendante secondaire du faisceau de Gowers*, *la régénération fonctionnelle après section de la moelle*, etc.

J'y joindrai encore deux rapports intéressants, l'un sur le *Développement et l'état actuel de l'enseignement de la médecine mentale en Belgique*, l'autre sur les *Vingt-cinq années d'existence de la Société de médecine mentale belge*. Ceux qui liront ces rapports verront que nos confrères de Belgique ont eu à lutter contre les mêmes difficultés, la même routine, les mêmes préjugés que les aliénistes français ; et que si aujourd'hui, grâce à leur persévérance et à leurs efforts, bien des progrès ont été réalisés, il s'en faut cependant que tout ce qui est désirable ait été obtenu. Nous pouvons en dire autant.

L'ouvrage le plus important qui figure dans l'envoi de M. le professeur Francotte, traite de l'*Anthropologie criminelle*. Ce livre, de 400 pages environ, est consacré à l'examen de la doctrine de Lombroso ; il est daté de 1891 ; et cependant, comme tout cela est déjà loin de nous ! Et combien l'on est revenu de l'enthousiasme de la première heure !

Vous connaissez les données essentielles de la doctrine de Lombroso : d'une part, l'existence d'*individus criminels par nature*, incorrigibles ; d'autre part, l'exis-

tence d'un *type criminel*, c'est-à-dire d'un ensemble de caractères physiques et psychiques qui sont en corrélation avec le penchant naturel au crime.

Vous savez aussi que cette théorie, dont il n'était même pas l'inventeur, Lombroso a été impuissant à l'établir. Si l'on doit admirer la puissance de travail, l'ingéniosité, la fertilité d'imagination, qu'a mises en œuvre le médecin italien, il faut reconnaître qu'il n'a pas su emporter la conviction, parce qu'il ne lui a pas été possible d'étayer ses doctrines de preuves scientifiques irréfutables.

Une des idées de Lombroso que M. Francotte combat avec le plus d'énergie, c'est celle de l'*incorrigibilité des criminels*. Il croit, au contraire, avec la grande majorité des criminalistes, que le plus grand nombre est susceptible d'être amendé. C'est la conscience, dit-il, qu'il faut guérir ; c'est à la conscience qu'il faut s'adresser ; et il ajoute : nul ne le fera avec plus d'autorité que l'aumônier dans les prisons. Il est le dépositaire du principe religieux, le seul, suivant l'expression de J. Rochard, sur lequel on puisse baser la loi du devoir.

Cette citation vous montre dans quel esprit est écrit le livre du professeur de Liège. Il revient à la fin du volume sur les mêmes idées, et il cherche à démontrer que l'instruction ne saurait se substituer à la religion. L'instruction, dit-il, empruntant une citation à Lacassagne, ne détruit pas la criminalité ; elle la déplace et la transforme. Elle peut même déterminer des *spécialités criminelles*. Seule la religion peut donner un résultat, car la morale n'est pas possible sans religion.

Je ne m'étendrai pas plus longuement sur l'ouvrage dont je vous parle ; j'en ai assez dit pour vous donner l'envie de le lire, et pour justifier la proposition que vous fait votre Commission, de décerner à M. le Dr Francotte le titre de membre associé étranger.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et M. Francotte nommé membre associé étranger, à l'unanimité des membres présents.

M. Gilbert Ballet. — Messieurs, à l'appui de sa candidature au titre de membre associé étranger, M. le Dr Mann nous a envoyé son récent *Traité sur la médecine légale de la folie*.

M. Mann est déjà connu par divers travaux notamment par son *Manuel de médecine mentale* qui est justement apprécié.

Le livre qu'il a offert à la Société est un traité très complet et très bien fait. Je dois appeler particulièrement l'attention sur les chapitres où l'auteur a relaté la jurisprudence des tribunaux américains dans les cas où la folie a été invoquée comme excuse ; celui relatif aux actes inconscients commis dans le somnambulisme, la catalepsie, l'hypnotisme, l'épilepsie ; les pages où est étudié l'état mental de Charles Guiteau, de Prendergast, l'assassin d'Harrison.

Quelques-uns des chapitres de l'ouvrage, notamment celui qui se rapporte aux perversions sexuelles, eussent gagné à être traités avec plus de développement. Les observations sont parfois un peu laconiques. Mais il ne faut pas oublier que l'auteur a visé à donner une vue d'ensemble des questions qui touchent à la médecine légale des aliénés. Son livre ne compte pas moins de 413 pages ; et il eût été contraint de lui donner une considérable extension s'il avait voulu traiter à fond toutes les questions qui y sont passées en revue.

L'ouvrage de M. Mann est un compendium précieux où l'on pourra puiser des idées très exactes et très précises sur les diverses questions de jurisprudence qui nous intéressent particulièrement, telles au moins qu'on les envisage en Amérique.

Indépendamment des travaux antérieurs qu'a publiés cet aliéniste distingué, le livre qu'il nous a envoyé suffit à le classer parmi ceux qui s'occupent avec le plus de savoir de l'aliénation et de la médecine légale des aliénés, et la Société, j'en suis convaincu, saisira avec empressement l'occasion qui lui est offerte de compter M. le Dr Mann parmi ses membres associés.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité des membres présents, et M. Mann est nommé membre associé étranger.

M. Briand. — M. le Dr Georges Lachaux, qui sollicite le titre de membre correspondant, n'est pas un inconnu pour vous. La Société médico-psychologique l'a choisi parmi sept concurrents pour lui décerner le Prix Esquirol en 1893.

Notre collègue, M. Sollier, vous a donné à cette époque une analyse et un résumé très élogieux du mémoire que vous avez récompensé et qui traitait de *La dissimulation des idées de grandeur dans le délire chronique.* Ce travail est devenu le point de départ de la thèse inaugurale que M. Lachaux a brillamment soutenue la même année.

M. Lachaux a commencé ses études médicales à l'Ecole de plein exercice de Marseille, où il a concouru, avec succès, à l'externat et à l'internat des hôpitaux ; il a été reçu le second dans les deux concours.

Après trois années d'internat dans les hôpitaux de Marseille, il venait affronter le concours de l'internat des asiles de la Seine et s'y faisait recevoir le premier sur vingt-sept candidats.

C'est à Villejuif, où votre rapporteur l'a eu comme interne, que j'ai pu apprécier les qualités de travail de M. Lachaud qui, bien que jeune encore, se présente aujourd'hui devant vous avec un bagage littéraire déjà appréciable dont voici l'énumération succincte :

En 1893, il faisait paraître en collaboration avec M. le Dr Lop, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, un travail sur *Les troubles nerveux consécutifs à l'intoxication chronique par le sulfure de carbone.*

A la même époque, le *Marseille médical* publiait un mémoire de MM. Lachaux et Boissier — ce dernier, lauréat du précédent Prix Esquirol — sur un cas d'*Encéphalite syphilitique*, ayant simulé la paralysie générale associée au tabes et guérie par le traitement spécifique. Il s'agissait d'une malade de Villejuif, dont le diagnostic était entouré de quelques difficultés.

La même collaboration de mes deux anciens internes donnait le jour, en 1893, dans les *Archives de neurologie*, à une *Etude sur les perversions sexuelles à forme obsédante.*

Enfin, au commencement de cette année, les deux mêmes auteurs publiaient dans nos *Annales* une *Contribution à l'étude clinique de la kleptomanie*, où ce syndrome est étudié avec soin dans ses rapports avec les autres syndromes épisodiques de la dégénérescence mentale.

Tels sont les titres de M. G. Lachaux.

Je pense que vous partagerez l'opinion de votre rapporteur en accueillant notre confrère comme membre correspondant.

M. G. Lachaux n'a pas voulu suivre la carrière des asiles où une place était réservée à son savoir ; des considérations de famille l'ont rappelé à Marseille. Il s'y est installé auprès de son père qui est aussi un aliéniste distingué.

M. Lachaux père, autrefois médecin de l'asile de Marseille, s'est depuis adonné à la médecine générale où il s'est créé une clientèle aujourd'hui trop lourde pour lui seul. Son fils va l'aider à en supporter les charges.

M. Georges Lachaux n'abandonnera pas notre spécialité et se propose de continuer à suivre le sillon qu'il s'est tracé. Il attend de vous la consécration officielle de son labeur.

Conformément à ces conclusions, M. Georges Lachaux est, à l'unanimité, nommé membre correspondant.

Séquestration et sortie d'un aliéné criminel ordonnées par la justice.

M. Paul Garnier. — Ce n'est pas, messieurs, une véritable communication que j'ai l'intention de présenter à la Société.

Mon but est simplement de lui signaler, d'accord en cela avec M. Marandon de Montyel, un fait qui a certainement sa signification et prouve combien les arguments développés, en toute indépendance, par les médecins, sont souvent mal compris ou bien peu écoutés par les magistrats qui ont cru nécessaire cependant de demander leur avis.

Le 27 juillet 1893, j'étais commis par M. Boursy, juge d'instruction près le tribunal de 1re instance de la Seine, à l'effet de constater l'état mental d'un nommé B..., inculpé de tentative de meurtre sur sa femme.

De l'examen auquel je me livrai, je pus déduire sans hésitation que cette tentative criminelle était le résultat direct d'idées délirantes absolument caractérisées. Je crois superflu de reproduire ici le texte complet du rapport médico-légal que je remis au juge d'instruction. Un extrait de cette pièce suffira pour fixer devant vos

yeux le type clinique, d'ailleurs de rencontre si ordinaire, auquel j'eus affaire.

B..., sur les antécédents héréditaires duquel nous sommes insuffisamment renseigné, est hanté, depuis plusieurs années, par des idées fixes, par des craintes d'empoisonnement.

Il s'imagine avoir été victime, de la part de sa femme, de plusieurs tentatives criminelles. Son langage, à cet égard, est tout à fait caractéristique.

« J'avais, nous dit-il, la langue et le fond de la gorge si secs, après avoir mangé ce qu'elle me donnait, que je ne pouvais m'arrêter de boire. J'avais aussi remarqué que ma femme ne voulait plus de moi. Elle se couchait tout habillée, afin que je ne puisse avoir de relations avec elle. Lorsque je lui disais que j'étais malade, elle me répondait que c'était par abus de boissons. Elle ne savait qu'inventer pour me pousser à bout. Dans ces derniers temps, elle me faisait prendre un breuvage pour m'enlever ma virilité, etc., etc. »

Dominé par ce délire de persécution, B... guetta un jour sa femme et lui tira un coup de revolver qui l'atteignit, mais ne lui fit pas une blessure mortelle. C'était là, à n'en pas douter, un acte sous l'étroite dépendance de l'aliénation mentale.

Mes conclusions furent, vous le pensez, Messieurs, très catégoriques, et je ne pus que représenter B... comme un persécuté-persécuteur dont les convictions morbides et la surexcitation avaient été encore activées par un état d'alcoolisme subaigu. (Dans les premiers jours de l'examen, il offrait, en effet, les insomnies caractéristiques et le tremblement des buveurs.)

Je ne me bornai pas à conclure qu'on ne pouvait demander compte à B... d'un attentat accompli sous la pression de ses idées délirantes. Comme après cet attentat il n'y avait pas besoin de faire la preuve que l'accusé était un homme dangereux, je réclamai son internement dans un asile d'aliénés aux fins d'un traitement et d'une surveillance absolument nécessaires.

Ces conclusions furent pleinement acceptées par l'honorable magistrat instructeur, qui rendit une ordonnance de non-lieu, tout en remettant B... à l'autorité administrative chargée de pourvoir à la séquestration d'office.

B... fut donc dirigé sur l'asile Sainte-Anne et de là transféré à l'asile de Ville-Evrard, dans le service de notre collègue M. Marandon de Montyel.

Jusque-là il n'y a dans la marche de cette affaire rien que de fort ordinaire ; mais la suite qui lui fut donnée n'est pas aussi ordinaire et sur cette seconde phase de l'affaire, M. Marandon de Montyel est à même de vous fournir des renseignements intéressants. Je lui laisse la parole.

M. Marandon de Montyel. — Eugène-Louis Bou... est arrivé, Messieurs, à Ville-Evrard le 18 octobre 1893. C'est M. le Dr Legras qui avait eu à l'examiner lors de son passage par le Dépôt et qui avait délivré un certificat ainsi conçu : « Accès subaigu d'alcoolisme en voie de déclin. Illusions sensorielles. Propos déraisonnables. Jalousie morbide. Insomnie. Idées de persécution. Agression envers sa femme qu'il a blessée d'un coup de revolver. Arrêté pour ce fait. Léger tremblement des mains. Sa femme lui aurait fait prendre un breuvage pour lui enlever sa virilité. Non-lieu conformément au rapport médico-légal de M. le Dr Garnier, concluant à l'irresponsabilité et à l'internement. » Eugène-Louis Bou... ne resta que trois jours à Sainte-Anne, et le certificat immédiat de M. Magnan portait : « Est atteint d'excitation intellectuelle avec troubles de la sensibilité générale; idées de persécution; excitation passagère; quelques excès de boissons. »

Nous nous trouvions en présence d'un malade absolument réticent, racontant seulement qu'il avait tiré sur sa femme avec laquelle il avait des démêlés domestiques uniquement parce qu'il s'était trouvé dans le cas de légitime défense; il protestait contre sa séquestration dans un asile, et demandait à être poursuivi pour sa tentative de meurtre qu'il saurait justifier, affirmait-il. Interrogé sur les griefs qu'il avait à reprocher à son épouse, il prétendait qu'elle le trompait, mais que, néanmoins, il n'aurait pas cherché à la tuer, si la première elle ne l'avait frappé. En somme, tout ce que disait le malade n'était pas absolument impossible ; en l'absence de tous autres renseignements que ceux contenus dans les deux certificats que nous avons rapportés, il nous était difficile de démêler le vrai et le faux

dans les récits de Bou... En conséquence, notre certificat de vingt-quatre heures fut ainsi libellé : « Paraît atteint de lypémanie avec hallucinations variées et alcoolisme. A maintenir en observation. »

Bou... était à peine entré dans mon service que son frère commençait une vigoureuse campagne pour obtenir sa mise en liberté, prétendant qu'Eugène-Louis n'était pas un aliéné, mais bien une victime de son abominable épouse sur laquelle il avait tiré uniquement pour ne pas être tué et que, d'ailleurs, il n'avait jamais commis le moindre excès d'alcool. A l'appui de cette dernière assertion, il fournissait vingt-cinq attestations des patrons et contremaîtres chez lesquels il avait travaillé au cours des quinze dernières années et jusqu'au jour de son arrestation, attestations qui établissaient que le malade avait toujours été un modèle de travail et de sobriété; qu'il avait toujours vécu, en outre, en parfaite intelligence avec sa première femme qui se félicitait hautement d'avoir rencontré un si parfait mari. Le parquet de Pontoise s'émut de cette avalanche de certificats et de réclamations et, dès le 27 octobre, c'est-à-dire neuf jours après l'entrée de Bou..., il me demandait un rapport.

Mais dans ce court laps de temps, j'étais parvenu à obtenir du malade quelques confidences qui se trouvent consignées dans le certificat suivant que j'adressai à l'autorité judiciaire en réponse à sa demande de renseignements : « Depuis son arrivée à Ville-Evrard, Bou... a été absolument calme, et il persiste à demander à passer en jugement, déclarant qu'il n'est pas aliéné et qu'il s'est trouvé dans le cas de légitime défense vis-à-vis de sa femme qui le frappait et qu'il accuse d'adultère et de saphisme. Il prétend que depuis un an il est rendu impuissant par les drogues que celle-ci mettait dans ses aliments, au point qu'il a dû renoncer à se nourrir chez lui et se résoudre à préparer lui-même le plus souvent ses repas. Il raconte aussi que dans l'hôtel tenu par lui, tous ses clients le traitaient de cocu et lui déclaraient à haute voix que qui voulait couchait avec sa femme. Bou... me paraît atteint de délire des persécutions avec hallucinations de l'ouïe, du goût, de l'odorat, de la sensibilité générale ayant amené des conceptions délirantes d'empoisonnement. Toutefois, il serait utile de prendre

connaissance du rapport complet du Dr Garnier afin de connaître dans leurs détails les circonstances du crime et les raisons sur lesquelles s'est basé l'expert du Parquet de la Seine pour conclure à l'irresponsabilité du meurtrier. J'ai demandé cette communication à la Préfecture de police. »

En même temps que les conclusions que vous avez entendues de notre distingué collègue, la Préfecture de police me communiquait la lettre qui suit de Mme Bou.., femme du malade : « Monsieur le préfet, j'ai l'honneur de soumettre à votre attention ma situation qui est très malheureuse. Le 24 juillet, j'ai été victime d'un attentat; mon mari a voulu me tuer avec une très grande préméditation, il m'a tiré un coup de revolver dans le sein gauche ; j'ai été gravement blessée ; les médecins de l'hôpital Saint-Louis n'ont pu extraire la balle. Mon mari a été arrêté par les soins de M. Dresch, commissaire de police et conduit en prison. M. le juge Boursey l'a soumis au traitement du Dr Garnier qui vous est attaché. M. le docteur a déclaré dans son rapport qu'il était irresponsable, mais très dangereux, en butte à des idées fixes, capable de commettre un crime, bien qu'il eût des instants de calme et de lucidité. J'ai une frayeur terrible et bien justifiée par les persécutions dont j'ai été en butte depuis plusieurs années. Je viens vous prier, Monsieur le préfet, de vouloir bien me prévenir et me protéger au cas où mon mari serait mis en liberté. J'ose espérer sur votre haute protection et veuillez agréer, etc. »

Mais Louis-Eugène Bou... se chargeait lui-même de confirmer et la justesse des observations de M. Garnier et le bien fondé de la terrible frayeur de son épouse. Cordonnier de son état, il demanda à être occupé à l'atelier de cordonnerie, ce que je lui accordai en le recommandant tout particulièrement à la surveillance du personnel. Le mois de novembre s'écoula sans incident; mais, au commencement de décembre, le malade devint plus inquiet et aussi plus expansif. D'après le récit qu'il se décida alors à nous faire, récit qu'il convient de rapporter intégralement pour l'intelligence de la genèse du délire, malgré l'obscénité des détails, tous ses malheurs provenaient d'une singulière anomalie

génitale de son épouse chez laquelle l'orgasme vénérien se produisait par toutes sortes de moyens, excepté par le coït normal; l'introduction de la verge dans le vagin la laissait complètement froide, tandis que la titillation digitale ou linguale du clitoris et surtout le coït rectal lui étaient très sensibles. Louis-Eugène Bou..., en bon mari, voulut bien concilier les exigences de l'organisation bizarre de sa femme avec celles de son propre organisme et l'accord régna dans le ménage tant que celle-ci se contenta de la masturbation digitale et lui permit, sans y prendre part, de se satisfaire par le coït normal. Mais M^me^ Bou... finit, paraît-il, par se fatiguer de l'uniformité du procédé, et elle exigea de son mari, non seulement la masturbation linguale, mais encore le coït rectal. La première fut radicalement au-dessus de la bonne volonté de l'infortuné Bou... qui déclare que malgré tous ses efforts et tout son vif désir d'être agréable à sa femme, il n'a jamais pu dépasser le nombril. Il essaya alors de se rattraper sur le coït rectal qui, décidément, lui inspirait moins de dégoût. Mais une nouvelle mésaventure l'attendait : à peine l'introduction par le rectum était-elle opérée, qu'à l'idée d'être en pareil lieu, sa virilité tombait et l'érection disparaissait. « J'entrai bien, dit-il, mais il m'était impossible de rester. » Loin de tenir compte à son mari de ses excellentes intentions, M^me^ Bou... était horriblement froissée de ses échecs, son caractère s'aigrissait et la vie commune commençait à devenir insupportable. Cependant, durant quelque temps la paix fut rétablie. M^me^ Bou... déclara à son époux qu'elle se contenterait de l'illusion de l'acte *a posteriori*; elle disposa deux lits côte à côte, l'un plus haut que l'autre, et les rapports conjugaux reprirent à la manière des animaux. Tout allait pour le mieux dans le meilleur des ménages, quand l'infortuné Bou... s'aperçut qu'il était joué; un soir il comprit que par un adroit stratagème c'était à lui que sa femme donnait l'illusion du coït vaginal et qu'en réalité sa verge était subrepticement introduite dans le rectum : derechef il perdit son érection.

Qu'y a-t-il, Messieurs, de réel dans tout ce récit du malade. Certainement, il doit y avoir une grande part de vérité. Il me semble bien difficile que Bou... imagine

toutes ces scènes génitales ou que sa narration soit un simple produit hallucinatoire. Ce n'est pas la première fois, d'ailleurs, que j'ai à constater cette singulière anomalie d'une frigidité vaginale absolue avec exquise sensibilité érotique de l'anus, cas qui sembleraient donner raison, du moins chez certains individus, à la théorie de Mantegazza qui, pour expliquer la passion de la pédérastie passive, suppose que les nerfs du gland et du clitoris se sont trompés de chemin et ont dû se perdre dans le rectum. Quoi qu'il en soit, si je suis entré dans ces détails si obscènes, c'est que tout le délire du malade en est né et roule sur eux. En effet, achève-t-il de raconter, sa femme, furieuse de la découverte qu'il avait faite de son secret et de l'impuissance qui en était résultée, ne voulut plus partager sa couche avec lui, et se livra à tous les hommes qui, en échange du coït normal, acceptaient de lui donner le coït rectal; de plus, elle s'adonna au saphisme pour avoir la masturbation linguale. Par une singulière bizarrerie, ce mari fut plus choqué des relations de son épouse avec une autre femme que de ses adultères, et il interdit l'entrée de sa maison, à celle qu'à tort ou à raison, il considérait comme la compagne de plaisir de M^me^ Bou... Cette expulsion, dit-il, fut mon malheur, car ma femme écumante de colère me cria : « Tu me le paieras cher; puisque tu ne peux pas le faire par derrière, tu ne pourras pas non plus le faire par devant. » Et de ce jour, Bou..., en effet, devint impuissant de toutes façons.

Cette perte aussi complète que subite de sa virilité le troubla profondément, et il ne tarda pas à s'apercevoir par le goût et l'odorat que c'était à l'aide de drogues mises dans ses boissons et ses aliments que M^me^ Bou..., pour se venger, le rendait impuissant. Il prit alors le parti de ne plus manger chez lui : tantôt il allait dans un autre quartier acheter des œufs qu'il faisait cuire lui-même et du lait qu'on tirait en sa présence; tantôt il tombait à l'improviste à l'heure du repas chez des amis qui ne l'attendaient pas. Il n'osa même plus coucher chez lui rue de l'Entrepôt, 35; il loua secrètement un petit appartement, 11, impasse Saint-Louis. Bref, il mena la vie habituelle du persécuté halluciné à conceptions délirantes d'empoisonnement. Cela durait

ainsi depuis un certain temps, quand, toujours impuissant malgré les multiples précautions pour se soustraire aux toxiques de sa femme, il résolut d'avoir avec elle une explication catégorique au cours de laquelle elle le frappa, dit-il; il déchargea alors sur elle son revolver.

Ces confidences du malade, en acceptant même que tout ce qu'il racontait de ses rapports conjugaux fût exact, établissaient sans conteste qu'il était aliéné, halluciné et délirant par persécutions. En supposant même encore que sa femme, poussée à bout par ses récriminations injustifiées et ses folles accusations d'empoisonnement, ait levé la main sur lui, le fait de sa part d'être venu chez elle muni d'un revolver pour s'expliquer avec elle, prouve qu'il est un aliéné criminel des plus dangereux, qui a soin de s'armer, et qui, partant, agit avec préméditation. Ces confidences eussent donc suffi largement à établir le diagnostic de folie et à justifier le maintien à l'asile du malade comme étant un danger pour la sécurité publique. Bou... fût-il demeuré calme et non délirant dans l'asile, nous étions autorisés à le garder tant qu'il aurait ajouté foi aux conceptions délirantes et aux hallucinations qui l'avaient conduit au crime. Mais le malade eut au cours de décembre une crise aiguë qui découvrit son aliénation mentale aux yeux de tous.

Nous l'avions placé, avons-nous raconté, à la cordonnerie. Là, à l'occasion d'un vol de cuir qui se commit dans l'atelier et qu'il dénonça pour ne pas être soupçonné, dit-il, car il avait cru remarquer qu'on le regardait de travers et qu'on le suspectait, il eut avec ses camarades une explication assez vive. A partir de ce moment, il s'entendit traiter de mouchard par tous les malades de la section, il surprit entre eux des colloques le concernant, et il arriva à se convaincre qu'un complot s'organisait contre sa personne. Aliénés et gardiens étaient pourtant d'accord pour affirmer qu'aucun ne s'occupait de lui. La situation empira. Bou... menaça ses camarades d'atelier, et ceux-ci, bien qu'ignorant sa tentative de meurtre sur sa femme, effrayés de son attitude, refusèrent de continuer à travailler à ses côtés. Lui-même, d'ailleurs, demanda non seulement à quitter le travail, mais encore à changer de quartier, ne se croyant plus en sûreté là où il était. Placé à la qua-

trième section, il se rassura ; toutefois, quelques jours après, il nous confia, très inquiet, que la veille, il avait été rendu aveugle durant quelques minutes, et sans l'avouer positivement, il laissait entendre que celle qui l'avait rendu impuissant pouvait bien arriver à lui enlever la vue.

La situation était donc complètement jugée; aussi quand en janvier 1893 le Parquet, poussé par le frère qui n'avait pas cessé ses démarches, me demanda un nouveau certificat de situation, je délivrai le suivant : « Bou... a eu, ces jours derniers, une crise délirante avec hallucinations de l'ouïe qui ne laisse aucun doute sur l'existence chez lui d'un délire de persécutions. J'ai dû le retirer de l'atelier de cordonnerie où il travaillait, car il s'entendait insulter par tous ses camarades, et leur cherchait dispute. Bou... est un aliéné dangereux ayant commis une tentative d'homicide, qui doit être maintenu dans un asile. »

Le 10 août, le Parquet réclamait un troisième certificat de situation. Depuis le printemps, Bou... avait recommencé à travailler, mais il avait énergiquement refusé de retourner à la cordonnerie; il avait demandé à aller dans les champs, et je m'étais empressé de le satisfaire. Sa conduite avait été bonne; toutefois, il répétait et soutenait avec conviction tout le récit rapporté plus haut. En conséquence, mon troisième certificat de situation fut le suivant : « Bou... a toujours les mêmes conceptions délirantes de persécution qui ont amené sa tentative de meurtre à coups de revolver contre sa femme. J'estime Bou... un aliéné très dangereux qui doit rester isolé. » Le 19, le tribunal venait interroger le malade à Ville-Evrard, et à la suite de cet interrogatoire, chargeait de l'examen de son état mental M. le Dr Magnan ; je vais vous donner lecture du rapport et des conclusions de notre savant collègue :

Je soussigné, membre de l'Académie de médecine, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, commis le 14 avril 1894, par le Tribunal de première instance de Pontoise, à l'effet de visiter le sieur Bou.... Eugène-Louis à l'asile des aliénés de Ville-Evrard, de donner mon avis sur son état mental, de dire notamment si sa mise en liberté peut compromettre soit sa sécurité

publique, soit la sécurité personnelle, après l'avoir longuement examiné à deux reprises, pris connaissance des notes médicales le concernant et m'être renseigné auprès de son frère et de sa femme, ai consigné dans le présent rapport le résultat de mon examen.

Bou.... est un déséquilibré qui, avant la tentative de meurtre dont a été précédée sa séquestration, avait depuis longtemps déjà, à diverses reprises, été en proie à des illusions, des troubles de la sensibilité générale et des idées de persécution. Marié depuis environ six ans, quelques mois après son mariage, il est devenu soupçonneux, inquiet, constamment porté à interpréter dans le sens de ses préoccupations pénibles ce qui se disait autour de lui. Il prétendait que les pensionnaires de l'hôtel tenu par sa femme se moquaient de lui, le narguaient, faisant des allusions à l'inconduite de celle-ci et entre autres propos, il entendait « c'est un prédestiné ». Sa femme lui donnait du poison, quelque chose comme de l'arsenic, dit-il, il avait le gosier sec, il ressentait des coliques. De 1892 à 1893, la nourriture qu'on lui servait chez lui, était tantôt trop salée, tantôt trop poivrée, c'étaient des drogues mises par sa femme, qui, depuis un an, l'avaient rendu impuissant. Pour échapper à l'empoisonnement, tantôt il ne mangeait pas, d'autres fois il achetait et préparait lui-même ses aliments, en dernier lieu il avait fini par quitter la maison pour aller prendre ses repas chez un ami.

Dans ses écrits, dans ses réponses, malgré son vif désir d'être considéré comme sain d'esprit, il ne peut s'empêcher de revenir sur toutes ces préoccupations délirantes, et tout en exprimant de vifs regrets d'avoir tiré un coup de revolver sur sa femme, en protestant même de son affection pour elle, il revient, sans cesse, sur ses griefs imaginaires, et ne tarit pas de reproches contre celle-ci. A côté des faits absolument invraisemblables et nettement délirants qu'il lui reproche, il s'empare des moindres incidents, des mouvements de mauvaise humeur ou de quelques paroles vives que ses scènes imméritées et ses incessantes récriminations avaient fini par provoquer, pour se poser en victime et échafauder, à la manière de l'aliéné persécuté-persécuteur, une série interminable d'accusations, de plaintes, pour la plupart sans aucun fondement.

« Tu n'auras point de tranquillité ni de bonheur, lui dit-il, dans une lettre de novembre 1893, parce que tu as persécuté et que tu persécutes encore, parce que tu as volé, il n'y aura ni repos ni tranquillité pour toi ; maintenant tu voulais te débarrasser de moi parce que je ne pouvais plus te donner les mêmes semaines pour satisfaire les exigences de ton egoïsme et de tes conseilleurs, et pour les satisfaire tu mettrais le feu à

Paris. Et pour le plaisir que tu oses te donner et pour les distractions qu'à tout prix il te faut et que tu veux, tu es obligée de voler ce qui appartient aux autres et de faire bon marché de la pitié et du devoir... Ce n'est que toi qui as fait ce qui est arrivé et qui as à te reprocher l'action que j'ai commise, puisque c'est toi qui as frappé et fais couler le sang sans motif avouable, comme tes passions, puisque tu t'offrais aux locataires. » Cette lettre écrite à un moment où il prétendait n'éprouver aucun ressentiment à l'égard de sa femme, est très significative.

Dans les deux examens que nous avons faits intentionnellement à des dates éloignées l'une de l'autre, nous avons trouvé Bou... le même, conservant les mêmes conceptions maladives ; il se sent mieux au point de vue physique, et loin d'attribuer cette meilleure santé à la bonne hygiène à laquelle il est actuellement soumis, il prétend qu'il va mieux parce qu'il ne subit plus l'influence des drogues que lui administrait sa femme.

Depuis son entrée à l'asile de Ville-Evrard, le 18 novembre 1893, il a eu à diverses reprises des périodes d'excitation pendant lesquelles il se plaignait de tracasseries des malades et des infirmiers ; prétendant qu'on avait monté une cabale contre lui, il s'irrite, menace même et dans le courant de janvier 1894, il a dû, pendant quelque temps, être changé de quartier et être soumis à une surveillance plus active.

Aujourd'hui, il est plus tranquille et regrette, dit-il, ses actes de violence, mais il conserve les mêmes idées délirantes et reste, par conséquent, dangereux ; aussi, pensons-nous devoir conclure :

1° Que Bou... Eugène est un persécuté-persécuteur dont la place est encore à l'asile;

2° Que dans le cas où une longue période de calme se produirait, il serait prudent de n'accorder la sortie qu'à la condition, comme il en manifeste d'ailleurs lui-même l'intention, qu'il quitterait Paris où son délire s'est développé et où il ne tarderait pas à reprendre toute son activité.

Paris, le 15 septembre 1894.

Signé : MAGNAN

Ainsi, messieurs, les faits sont nettement établis. En juillet 1893, Bou..., convaincu que sa femme, à l'aide de drogues mises dans ses boissons et ses aliments, le rend impuissant, se rend chez elle armé d'un revolver, pour lui demander des explications, et au cours de celles-ci, décharge son arme sur son épouse qui est gravement blessée au sein gauche. Le meurtrier, est arrêté et une

instruction ouverte contre lui ; mais, soumis à l'examen du Dr Garnier, il est déclaré par lui aliéné et irresponsable, aliéné très dangereux qui doit être mis, à fin d'internement, à la disposition de l'autorité administrative. En conséquence, une ordonnance de non-lieu est rendue pour cause de folie, et Bou.... transféré de Mazas au Dépôt, puis à Sainte-Anne et de là à Ville-Evrard. Trois médecins de ces trois établissements, M. Legras, M. Magnan et nous-même confirmons les conclusions de M. Garnier. A trois reprises différentes, le Parquet de l'arrondissement demande un certificat de situation, et les trois fois nous nous opposons à la sortie, déclarant Bou... un aliéné criminel des plus dangereux. Il charge alors M. Magnan d'examiner l'état mental du malade et notre éminent collègue affirme, lui aussi, que Bou.... est un persécuté-persécuteur dont la place est toujours dans un asile. Voilà les faits, ils ne prêtent à aucune équivoque. Or, le 3 novembre, Bou.... a été mis en liberté par jugement de tribunal, non pas comme étant guéri, mais comme n'ayant jamais été aliéné ; le crime commis par lui est qualifié : scène de violence ayant motivé mais non pas justifié l'internement ; la victime, qui a reçu au sein gauche une balle qu'on n'a pu extraire est désignée comme n'étant pas demeurée étrangère à l'internement de son mari, paraissant avoir conçu pour lui une aversion extrême et ne dissimulant pas la frayeur qu'elle éprouve à la pensée de sa mise en liberté possible ; enfin, il est spécifié qu'aucun de nous n'est allé jusqu'à affirmer que Bou.... fût aliéné. Je vous prie de croire, messieurs, que je n'invente rien, et pour vous convaincre pleinement de l'exactitude de mes assertions, je vous demande la permission de vous lire le texte même du jugement :

« Attendu que Bou...., Eugène, sollicite le tribunal d'ordonner sa sortie de l'asile de Ville-Évrard où il a a été interné le 18 octobre 1893 comme aliéné dangereux ;

« Mais attendu que Bou.... n'est pas et n'a jamais été aliéné, que cela résulte à l'évidence tant des pièces soumises au tribunal que des déclarations formelles et précises du sieur Bou..., Octave et de la dame Ba..., Augustine, femme de l'interné, entendus ce jour en chambre

du conseil, lesquels ont affirmé que Bou..., Eugène, n'a jamais été en état de démence et qu'il a toujours eu des habitudes de sobriété absolue, bien qu'un certificat médical le désigne comme alcoolique ;

« Que ces déclarations se trouvent au surplus pleinement confirmées par le rapport de la préfecture de police en date du 4 avril 1894, concernant le sieur Bou... ;

« Qu'elles ont d'autant plus de poids aux yeux du tribunal que la dame Bou..., laquelle n'est pas demeurée étrangère à l'internement de son mari, paraît avoir conçu pour lui une aversion extrême, et ne dissimule pas la frayeur qu'elle éprouve à la pensée de sa mise en liberté possible ;

« Qu'enfin aucun des hommes de l'art qui ont été appelés à se prononcer sur l'état mental de Bou.... n'est allé jusqu'à dire affirmativement qu'il soit atteint d'aliénation ;

« Attendu, d'autre part, que le sieur Octave Bou..., renouvelant les offres par lui déjà faites, déclare être tout disposé à recevoir chez lui son frère Eugène et à lui donner tels soins que peut réclamer son état de santé, ainsi qu'à lui procurer du travail ;

« Attendu, dans ces circonstances, que la mise en liberté d'Eugène Bou... s'impose au tribunal ;

« Qu'il n'y a lieu de redouter de sa part un acte de vengeance quelconque à l'égard de sa femme, celle-ci étant en instance de divorce et justifiant avoir obtenu du président du tribunal de la Seine une résidence séparée de son mari ;

« Qu'il y a, au contraire, tout lieu d'espérer que Bou... mènera désormais une existence calme et laborieuse, et qu'il évitera à l'avenir avec soin de renouveler des scènes de violence du genre de celle qui a motivé mais non pas justifié son internement.

« Par ces motifs : Ordonne la sortie immédiate de l'asile de Ville-Évrard du sieur Eugène Bou... »

Si nous avons cru, M. le Dr Garnier, M. le Dr Magnan et moi, devoir vous communiquer cette intéressante affaire, ce n'est nullement, messieurs, dans l'intention de critiquer un acte de l'autorité judiciaire, et nous serions désolés qu'on nous prêtât une pareille intention. En matière

de mise en liberté des aliénés, le tribunal est souverain. Quand il consulte les médecins, c'est un grand honneur qu'il veut bien leur faire; mais il demeure entendu qu'il est libre, si bon lui semble, de ne tenir aucun compte de l'avis qu'il a lui-même sollicité, car la loi pose en principe qu'il en sait plus long sur les choses de la folie que les plus illustres praticiens. Par une fiction légale, en effet, le magistrat en revêtant la toge est censé acquérir toutes les connaissances, comme le moine, par une fiction canonique, toutes les vertus en revêtant la soutane. Ce n'est pas davantage pour faire ressortir combien les considérants du jugement sont en désaccord avec les faits que nous vous avons scrupuleusement exposés, preuves en mains. Ici encore, le tribunal est maître absolu, et lui plût-il d'affirmer dans un arrêt qu'il neige en juillet et qu'en janvier nous portons du nankin, nous n'aurions qu'à nous incliner respectueusement devant la chose jugée. Ce qui nous a décidé à cette communication, c'est la grave question qui s'agite en ce moment, celle de savoir s'il convient de laisser à l'Administration le placement des aliénés, ou s'il ne vaudrait pas mieux la transférer à la justice. La revision de la loi de 1838, votée depuis sept ans par le Sénat, est inscrite à l'ordre du jour de la Chambre et, dès lors, le devoir nous incombe de rapporter tous les faits susceptibles d'établir comment cette dernière apprécie les choses de la folie. Des exemples bien choisis et typiques seront plus utiles pour éclairer les législateurs que les dissertations les plus éloquentes. N'est-ce pas en signalant au conseil supérieur de l'Assistance publique le nombre considérable d'erreurs judiciaires, en matière de folie, commises en une seule année par le seul tribunal de la Seine, que M. Magnan décida cette assemblée à repousser le mode de placement proposé par le gouvernement ? Or, l'observation d'Eugène-Louis Bou... est, à cet égard, pleine d'enseignements et tel est l'unique motif pour lequel nous la soumettons à vos appréciations.

En agissant ainsi, je fournis la preuve de mon entière bonne foi. Vous savez, en effet, messieurs, que je suis parmi les aliénistes un des rares partisans de la magistrature. Quand le Sénat, en 1887, vota la revision de la

loi de 1838, j'ai été, je crois, le seul médecin d'asile, à approuver, dans un mémoire que publièrent, en septembre, les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, l'intervention des magistrats dans le placement des aliénés, et si je critiquai la procédure adoptée par la Chambre haute, j'approuvai, du moins, le principe qui l'avait inspirée. Depuis lors, M. Chambard est venu joindre sa voix à la mienne, et il a réfuté, avec le talent que vous lui connaissez, la quadruple objection tirée des lenteurs habituelles de la justice, de la divulgation du secret des familles, de l'incompétence des magistrats et de la prétendue assimilation des aliénés aux criminels, en même temps qu'il a nettement montré ce que gagneraient à la modification proposée notre autorité, notre dignité, voire même notre sécurité. Sur tous ces points je partage son sentiment, et ses arguments, dont quelques-uns figurent déjà dans mon mémoire de 1887, me paraissent excellents. Mais il est une assertion de notre savant collègue que je ne saurais accepter, que dément le cas même de Louis-Eugène Bou... dont nous vous entretenons. Et d'abord, dit M. Chambard, la magistrature n'a certainement pas, aujourd'hui, la prétention de juger à fond les cas d'internement et, l'eût-elle, de nombreuses erreurs, dont les conséquences se feraient bientôt sentir, la guériraient bien vite de son outrecuidance. Son rôle, imagine-t-il, se bornerait à assurer et à garantir l'exécution de formalités légales et ses jugements, bien plus de forme que de fond, seraient, non des diagnostics que les spécialistes seuls sont en état de porter, mais des certificats de légalité, de simple homologation d'une aussi grave mesure.

Eh bien! est-ce se leurrer d'une espérance chimérique que d'attendre de la magistrature une pareille abnégation et un tel aveu d'incompétence, ou ces mêmes hommes, aujourd'hui si sûrs de leur savoir, accepteront-ils d'être de modestes légalisateurs et de simples homologuistes, le jour où ils ne seront plus chargés de contrôler et de surveiller les actes de l'Administration, mais seront eux-mêmes les maîtres exclusifs du placement, du maintien et de la sortie des aliénés? Toute la question, messieurs, est là, et il est vraiment curieux que ce seul argument sérieux à invoquer contre l'inno-

vation votée par le Sénat soit précisément le seul, à ma connaissance tout au moins, qu'on ait laissé dans l'ombre.

En effet, aujourd'hui, la magistrature prend au sérieux la fiction légale dont nous avons parlé plus haut; elle juge, quant au fond, les affaires de médecine mentale avec la même assurance et la même sérénité que les procès civils. Elle fait elle-même le diagnostic dont, au dire de M. Chambard, elle laissera le soin aux seuls spécialistes capables de le porter, et elle le fait souvent, comme dans l'affaire qui nous occupe, contre l'avis de ceux-ci. C'est là le côté très intéressant du cas de Louis-Eugène Bou..., dans lequel le fond même a été jugé par ce considérant que l'interné non seulement n'était pas aliéné, mais ne l'avait jamais été; et jugé non seulement contre l'opinion médicale, mais encore contre l'opinion judiciaire elle aussi, puisque Louis-Eugène Bou... avait bénéficié d'une ordonnance de non-lieu pour cause d'aliénation mentale et que la magistrature elle-même avait demandé le placement dans un asile. Ainsi, de nos jours, le juge ne se borne pas à ne tenir aucun compte de l'avis des aliénistes, il ne tient pas compte davantage d'un arrêt émis par un autre juge. Il n'est pas possible, il me semble, de trancher le fond même d'une affaire plus que dans celle qui nous occupe. Et ce n'est pas là, messieurs, un fait isolé. Sans doute, je m'empresse de le reconnaître, on ne voit pas tous les jours des tribunaux nier de tout temps l'aliénation mentale d'un accusé poursuivi au grand criminel et absous comme fou; on ne voit pas non plus tous les jours, je l'avoue, des tribunaux appeler une tentative de meurtre avec blessure grave de la victime : scène de violence ayant motivé mais non pas justifié l'internement; on ne voit pas davantage, tous les jours, c'est encore vrai, des tribunaux, quand quatre aliénistes, à quatre époques différentes, ont déclaré séparément et sans s'être consultés un meurtrier, aliéné dangereux, prétendre qu'aucun des hommes de l'art, appelés à se prononcer sur l'état mental de celui-ci, n'est allé jusqu'à dire affirmativement qu'il fût atteint d'aliénation; on ne voit pas plus souvent, il est juste de le proclamer, des tribunaux prendre à charge contre la victime blessée d'une balle qu'on

n'a pu extraire, l'aversion extrême et la frayeur que lui inspire son assassin ; et on voit encore moins, disons-le bien haut, des tribunaux réunir ces quatre choses dans un même arrêt; mais, ce que l'on voit à chaque instant, ce sont des tribunaux jugeant qu'il y a sanité pleine et entière d'esprit là où tous les aliénistes sont d'accord comme dans l'affaire Bou... à diagnostiquer la folie.

Or, à cet égard, la magistrature diffère radicalement de l'administration. Depuis vingt ans que je suis attaché aux asiles, je n'ai jamais constaté que celle-ci, en province comme à Paris, eût pris une décision quelconque qui ne fût basée sur un avis médical. S'il y a désaccord entre elle et le médecin traitant, ce qui arrive quelquefois, jamais elle ne se permet de trancher le différend ; elle nomme un expert médecin qui est appelé alors à jouer le rôle d'arbitre et dont elle accepte aveuglément la décision, qu'elle soit favorable ou défavorable à son opinion ; le dernier mot reste toujours à la science. L'administration se sait et se reconnaît tout à fait incompétente, tandis que la magistrature se croit et se déclare compétente.

Voilà, messieurs, où est, à mon avis, l'écueil du mode de placement voté par le Sénat. Il n'est ni dans la divulgation du secret des familles, ni dans les lenteurs proverbiales de la justice qui la font représenter boiteuse, ni dans l'assimilation des aliénés aux criminels, ni même dans l'incompétence de la magistrature, car l'administration est tout aussi incompétente qu'elle, il est dans cette prétention injustifiée des magistrats de connaître la pathologie mentale comme le code, peut-être même mieux que le code, prétention si universellement répandue que j'ai connu peu d'entre eux qui ne fussent convaincus d'être bien plus à même que moi d'apprécier l'état mental d'un accusé. Il n'en est peut-être pas ainsi à Paris, mais il en est ainsi presque partout en province. Oui, messieurs, voilà le vrai danger du placement des aliénés par la justice. Il est à craindre que les magistrats se refusent à accepter le rôle modeste dont parle M. Chambard, rôle se bornant à assurer et à garantir l'exécution de formalités légales, à rendre des jugements de forme, à délivrer des certificats de légalité et des homologations. Or, s'ils continuent à juger par

eux-mêmes, chaque jour dans toute la France on aura des affaires dans le genre de celle de Louis-Eugène Bou..., avec d'autres considérants peut-être, mais dont le résultat sera le même : un danger permanent pour la sécurité publique.

Pour s'en convaincre, il suffit de considérer quels sont les aliénés qui sont d'ordinaire mis en liberté par jugements des tribunaux : ce sont les persécutés, les plus raisonnables en apparence et, en réalité, les plus dangereux de tous les malades. Dans les divers services que j'ai dirigés, je n'ai pas souvenance d'avoir vu ouvrir à d'autres, par la justice, les portes que je tenais fermées. Les raisonnants, les fous moraux, ont beaucoup moins de succès près d'elle, sans doute parce qu'ils ont toujours à leur charge quelques méfaits antérieurs, tandis que le délirant par persécution reste honnête jusqu'au jour où il tue. Tel fut Louis-Eugène Bou..... Aussi, messieurs, plus instruit par l'expérience que je ne l'étais, en 1887, au moment où j'écrivais mon Mémoire dans lequel ce côté de la question n'est même pas signalé, si la magistrature devait conserver l'esprit qui l'anime et la guide aujourd'hui en matière de folie, brûlant les dieux que j'ai adorés, je m'associerais à vous pour combattre le placement des aliénés par les magistrats ; cependant un espoir me reste.

Vous allez sans doute trouver que ma foi est encore plus robuste que celle du charbonnier qui transportait les montagnes ; mais je crois que le jour où les juges auront seuls à intervenir dans le placement, le maintien et la sortie des aliénés, ce jour-là ils tiendront la conduite que tient l'administration depuis la promulgation de la loi de 1838 qui lui a conféré ces soins : ils auront la précaution de toujours se couvrir par des certificats médicaux. Aujourd'hui, ils sont des contrôleurs ; or inconsciemment, par le fait même de la mission qu'il remplit, le contrôleur est porté, sans qu'il s'en doute, à critiquer et surtout à se méfier de ceux dont le contrôle lui est confié. La méfiance, chez le contrôleur, est un devoir, une qualité indispensable à l'accomplissement de son mandat. Que les aliénés relèvent exclusivement des magistrats, et l'esprit de ceux-ci, selon toutes probabilités, prendra une autre tournure. Ne nous ne le dissi-

mulons pas, c'est l'inconscient qui mène l'homme et, comme l'a très bien dit Spinosa, l'illusion que nous avons de notre volonté vient de l'ignorance où nous sommes de cet inconscient qui nous dirige à notre insu. Si à d'autres temps, d'autres mœurs, il est également vrai de dire à d'autres attributions, d'autres dispositions psychiques. Sans doute, la transformation ne s'opérera pas du jour au lendemain ; il n'est même pas impossible que le premier effet de la mesure fût l'opposé de ce que nous indiquons : une confiance plus grande des magistrats dans la supériorité de leurs lumières. Mais pour produire la métamorphose que j'espère trois éléments interviendront : Tout d'abord l'expérience des faits ; quand les juges auront à manier les aliénés en masse au lieu d'avoir comme aujourd'hui à ne s'occuper que de quelques cas isolés, ils ne tarderont pas à apprendre, parfois aux dépens de leur responsabilité, que ce sont gens plus difficiles à connaître et à apprécier qu'ils ne se l'imaginaient et que mieux vaut, dans leur propre intérêt, s'en rapporter à ceux qui consacrent leur vie à les étudier. Ensuite, la folie ne les intéressera plus à titre d'exception ; elle entrera dans leurs occupations pour ainsi dire quotidiennes, et, à vouloir se substituer aux médecins dans les diagnostics, ils se fatigueront vite, et seront heureux de se débarrasser sur ceux-ci de ce souci comme on est heureux de se décharger sur autrui, de toute besogne qui, à force de se répéter, finit par devenir fastidieuse. Enfin, la folie sera leur chose, et cette prise de possession suffira à elle seule à réduire leur zèle et leur besoin d'investigation. Pourquoi en serait-il différemment en cette matière que dans les autres ? Tout, dans la vie, n'est-il pas soumis à l'évolution dont nous parlons ? Qu'on confie donc exclusivement à l'autorité judiciaire le soin des aliénés, et on sera surpris, je crois, du peu de temps qu'il aura fallu pour rendre invraisemblable une affaire comme celle de Eugène-Louis Bon....

M. Vallon. — J'ai toujours été partisan de l'intervention de la magistrature pour le placement des aliénés, et je persiste dans mon opinion. Dans le cas d'un individu dangereux, comme celui dont viennent de nous entretenir MM. Garnier et Marandon de Montyel, ou bien les juges suivraient l'avis de l'expert et

ordonneraient la séquestration dans un asile, ou ils ne concluraient pas à l'aliénation et rendraient une sentance d'emprisonnement ; le résultat serait toujours l'internement et l'impossibilité de nuire.

M. ARNAUD. — Dans le nouveau projet de loi, il s'agit de conférer à la magistrature un pouvoir que ne possède pas actuellement l'administration. Je ne vois pas bien comment un magistrat pourra arriver à une opinion personnelle sur un aliéné. Quant aux malades dangereux qu'il n'hésite pas aujourd'hui à mettre en liberté, il n'hésitera pas davantage à refuser leur internement.

M. BRIAND. — L'espoir de voir les magistrats changer leur manière de voir et se familiariser avec les symptômes de la folie, me paraît chimérique. Aujourd'hui, dans les questions d'internement, il y a une responsabilité ; elle n'existera plus lorsqu'il s'agira d'un arrêt rendu par un tribunal, c'est-à-dire une collectivité. Les magistrats sont loin d'être infaillibles, et il serait bon de réunir tous les faits d'erreurs judiciaires concernant les aliénés.

M. JOFFROY. — J'appuie la motion faite par M. Briand. En réunissant tous les cas d'erreurs judiciaires dont nous pourrons avoir connaissance, nous parviendrons à constituer un dossier des plus intéressants. Dans mon service d'hommes à Sainte-Anne, sur 100 malades, il y en a 4 qui ont subi une condamnation par suite d'une erreur judiciaire. Les médecins ont besoin d'étudier l'aliénation mentale ; pourquoi les magistrats n'en auraient-ils pas également besoin ?

M. DUPAIN. — A l'asile d'Alençon, sur 500 malades, une bonne douzaine ont subi des condamnations.

M. LEGRAIN. — Je demande que la question soit mise à l'ordre du jour de la prochaine séance ; j'aurai à présenter des faits nouveaux.

La séance est levée à six heures moins le quart.

RENÉ SEMELAIGNE.

SÉANCE DU 28 JANVIER 1895

Présidence de MM. Aug. VOISIN et MOREAU (de Tours).

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

A propos du procès-verbal.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, je suis heureux de vous faire connaître les distinctions qui viennent d'être décernées à deux de nos plus distingués membres titulaires : M. Motet, notre ancien secrétaire général, a été élu membre de l'Académie de médecine, (section d'hygiène et de médecine légale) à la presque unanimité des votants ; M. Gilbert Ballet a été nommé chevalier de la Légion d'honneur. Je suis sûr d'être votre fidèle interprète en adressant à nos collègues nos plus sincères félicitations.

Installation du Bureau.

M. AUG. VOISIN. — Messieurs et chers collègues, au moment de quitter ce fauteuil, auquel m'avaient appelé vos suffrages, et de le céder à mon ami, Paul Moreau (de Tours), j'ai à remplir le devoir agréable de vous rendre compte de vos travaux pendant l'année 1894 et de vous dire un mot des collègues qu'a perdus votre Compagnie.

Le baron Mundy, membre associé étranger, a succombé il y a quelques mois. A ceux d'entre vous qui ne l'ont pas connu, nous rappellerons qu'il a lutté pendant de longues années pour que l'on supprimât les asiles fermés d'aliénés et que l'on donnât à ces malades la vie à l'air libre et chez les paysans. Il entreprit une véritable croisade, en Europe, en faveur de cette idée qui vient d'être réalisée pour une catégorie d'aliénés dans la colonie de Dun-sur-Auron. C'était un lutteur infatigable, qui a apporté au service de ses idées une grande activité.

M. le sénateur Donnet, membre titulaire, ancien médecin-directeur de l'asile de Vaucluse, a succombé ces jours derniers à une affection très douloureuse.

Nous avons encore perdu M. Espiau de Lamaëstre, membre honoraire, M. Duquet, associé étranger, médecin à l'asile Saint-Jean-de-Dieu, de la Longue-Pointe, au Canada, et M. Vétault, membre titulaire, que la mort a enlevé trop jeune.

Vous avez fait, d'autre part, de nombreuses recrues en correspondants et en associés étrangers.

Sept correspondants ont été nommés : MM. Gorodichze, Bournet, Bouchaud, Maupâté, Lachaux, Boissier et Hannion ; et sept associés étrangers : MM. Mann, Francotte, Bombarda, Fletcher Beach, Conolly Norman, Rohé et Joannès Martin.

L'année 1894 comptera parmi celles où votre activité scientifique s'est le plus donné carrière et où vos travaux ont brillé par leur nombre et leur originalité.

M. Sollier vous a lu une note intéressante *sur les réflexes* dans la paralysie générale des aliénés, et il a conclu de ses observations que les réflexes rotuliens sont altérés dans la proportion de 72 p. 100, les pupillaires 70 p. 100, les pharyngiens 54 p. 100, les massétérins 12 p. 100;

Qu'il n'existe aucune corrélation entre l'état de ces réflexes;

Qu'il n'existe aucun ordre déterminé dans l'apparition des troubles qui peuvent les atteindre;

Qu'il n'y a aucun parallélisme entre les modifications diminutives des réflexes et l'évolution de la paralysie générale.

De la communication très étudiée de M. Briand sur le même sujet, il résulte que l'inégalité et l'irrégularité pupillaires ne sont pas sensiblement plus fréquentes à une période qu'à une autre de la paralysie générale :

« Il paraît y avoir parallélisme entre l'altération des réflexes oculaires et celle des réflexes tendineux ; cette altération va en progression continue jusqu'à la troisième période, où elle atteint son maximum de fréquence.

« Il n'y a pas de différence appréciable entre la première et la deuxième période, au point de vue de l'état des réflexes.

« A chaque période, l'exagération est plus marquée pour les réflexes des membres supérieurs que pour ceux

des membres inférieurs. L'abolition est plus fréquente pour ces derniers que pour les premiers.

« En ce qui concerne l'évolution des réflexes tendineux, l'exagération va en s'accentuant, l'abolition va en diminuant avec les progrès de la maladie.

« Moins altérés que les réflexes tendineux, les réflexes cutanés, plantaires, pharyngiens et palpébraux comportent des degrés d'altération très variables et l'on ne peut y attacher aucune valeur pronostique ou diagnostique dans les différentes périodes.

« Dans les rémissions il y a, en règle générale, persistance d'altérations marquées dans l'état des réflexes.

« Dans la paralysie générale, l'altération des réflexes tendineux consiste surtout en exagération ; le réflexe massétérin est presque toujours exagéré ; le signe d'Argyll Robertson existe plus fréquemment que le réflexe cutané plantaire, et il est à peu près aussi souvent aboli que conservé ; le réflexe pharyngien est presque toujours aboli et le réflexe palpébral est presque toujours conservé. »

M. Gorodichze vous a communiqué un travail bien étudié sur une forme d'*obsession anxieuse* et de *délire émotif* sans tare névropathique héréditaire ou acquise, et il en a conclu que l'hérédité et la dégénérescence ne sont pas nécessaires pour créer des délires émotifs à caractère de dégénérescence.

L'emploi de la psychothérapie avec hypnose a permis à notre collègue de guérir plusieurs malades atteints de cette variété de délire.

M. Vallon nous a fait part d'un cas très intéressant de médecine légale relatif à un *attentat à la pudeur* commis par un épileptique sur sa fille. Notre collègue a pu obtenir une ordonnance de non-lieu en faveur de cet individu qu'il a montré atteint du petit mal.

Sa lecture a été suivie d'une discussion à laquelle ont pris part plusieurs d'entre vous, chacun relatant des faits connexes.

M. Roubinovitch vous a communiqué une observation de *délire de persécution* avec *auto-accusation* chez un alcoolique et il a montré que ce délire peut se rencontrer aussi bien dans la dégénérescence mentale que dans l'alcoolisme aigu ou chronique.

M. Lwoff nous a présenté un *appareil* ingénieux destiné à faciliter l'introduction du liquide alimentaire par la sonde nasale.

La pathogénie des *attaques épileptiformes*, dans la paralysie générale, a été le sujet d'une lecture de M. Legrain, qui pense que ces attaques ne sont pas toujours en rapport ni avec l'étendue ni avec la gravité des lésions encéphalo-médullaires et qu'il est peut-être bon de voir, dans certaines de ces manifestations, les conséquences de la toxémie due à des lésions rénales et hépatiques.

Une communication de M. Ballet sur un cas de *débilité mentale* et de *perversions instinctives* a soulevé une discussion d'où il résulte que les mesures à prendre contre ces fous moraux sont encore à chercher.

M. Rist vous a lu une observation relative à un *pseudo-attentat anarchiste* qu'il a considéré comme ne donnant lieu qu'à une responsabilité atténuée, en raison de la demi-imbécillité du sujet.

M. Paul Garnier, en son nom et au nom de son interne, M. Le Filliâtre, vous a entretenu d'un cas intéressant d'*hallucinations verbales auditives* coexistant avec des hallucinations verbales psycho-motrices, avec un dialogue entre les voix extérieures et intérieures.

Cette communication a donné lieu à une autre non moins intéressante de M. Séglas sur un sujet connexe.

Dans la même séance, M. Vallon vous a rapporté deux observations rares d'*hallucinations psycho-motrices* chez des alcoolisés et il en a tiré des conclusions très ingénieuses.

M. Christian nous a fait une communication toute de circonstance sur l'*alcoolisme* et les *asiles d'alcooliques*, et il a montré que la construction de ces asiles doit être précédée par une loi qui permette de maintenir internés les ivrognes de profession ou d'habitude, que la production de l'alcool doit être soumise à une législation et à une surveillance spéciales.

La lecture de M. Colin sur le *fonctionnement* et l'*organisation* de l'*asile des criminels* devenus *aliénés de Gaillon* nous a appris les efforts suivis de succès qu'il avait faits pour organiser le travail dans cette maison de détention.

La communication importante de MM. Garnier et

Marandon de Montyel sur un cas de *délire de persécution* accompagné de *tentative d'homicide* par un mari sur sa femme, nous a montré les dangers que ferait courir l'ingérence prédominante de la magistrature dans le placement et le maintien des aliénés dans les établissements d'aliénés.

Nous reviendrions aux temps antérieurs à la loi de 1838, et tous les efforts d'Esquirol, de Ferrus et de leurs collaborateurs pour élever l'aliéné à la dignité de malade seraient perdus par les tendances des revisionnistes de la loi de 1838.

En terminant, je vous rappellerai que votre Compagnie a inauguré cette année la pose à la Salpêtrière des bustes de nos maîtres, Baillarger et Jean-Pierre Falret. Cet hommage public rendu par la Société médico-psychologique, avec l'éclat que vous savez, montre le prix qu'elle met à consacrer la mémoire de ses anciens collègues.

M. Moreau (de Tours). — Messieurs et chers collègues, appelé par vos suffrages à diriger vos séances, mon premier devoir de gratitude est de vous adresser mes sincères remerciements pour l'honneur que vous m'avez fait.

Croyez, messieurs et chers collègues, combien je sens tout le prix d'un pareil témoignage que je dois à votre bienveillance et, je n'en doute pas, au nom que je porte.

Il y a trente et un ans, en 1864, que mon père prenait place à ce fauteuil et je ne puis, sans une légitime émotion, songer au périlleux honneur qui m'est échu aujourd'hui d'occuper la place qu'il remplissait avec tant d'autorité. C'est sous son égide que je me place et c'est en m'inspirant de ses conseils et de ses profondes lumières que je m'efforcerai de remplir la mission délicate que vous avez bien voulu me confier.

A cette époque, déjà bien loin, la Société médico-psychologique comptait alors dans son sein tous les noms les plus illustres, nos maîtres en psychiatrie, Baillarger, Delasiauve, Falret, Foville, Parchappe, et tant d'autres hélas aujourd'hui disparus, mais dont le nom est impérissable et le souvenir toujours vivant dans nos cœurs. Qu'il me soit permis d'adresser un respectueux hommage au vétéran de la science mentale, au compagnon de

tous ces illustres morts, à notre vénéré maître Calmeil, dont nous espérons bien fêter le centenaire.

Sous l'énergique impulsion de nos maîtres la médecine mentale a pris une importance considérable et a conquis la place qui lui était depuis longtemps assignée. Les progrès incessants de la science ont jeté un jour nouveau sur les questions qui n'étaient encore qu'entrevues par le génie de nos illustres devanciers, dont les travaux ont été et sont encore la base de nos recherches et de nos études.

La Société médico-psychologique est fière à juste titre du rôle qui lui est dévolu. Depuis sa fondation, son influence a été sans cesse grandissante et le retentissement de ses travaux, non seulement en France mais à l'étranger, prouve péremptoirement avec quel soin, avec quelle hauteur de vues sont examinées et discutées les questions relatives à la pathologie mentale.

Messieurs, je ne fais que rendre strictement justice à la Société médico-psychologique et à l'activité de ses membres et je ne crains pas de le proclamer hautement.

Il nous appartient, à nous, la jeune génération, de continuer ces traditions glorieuses, et parmi nos jeunes confrères d'aujourd'hui, je vois déjà des maîtres qui continueront dignement l'œuvre de nos illustres prédécesseurs.

Je ne veux pas, messieurs, abuser de vos instants, et il me reste à vous prier de vous joindre à moi pour remercier l'honorable Président auquel je succède et dont je veux m'efforcer d'imiter, sinon le talent, du moins le zèle éclairé avec lequel il a présidé vos séances. Avec votre bienveillant appui, ce devoir me sera facile, et je ne crains pas de l'escompter par avance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Francotte, de Liège, remerciant la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

2° Une lettre de M. Lachaux remerciant la Société de l'avoir élu membre correspondant ;

3° Des lettres de MM. Blin et Roubinovitch posant leur candidature au titre de membre titulaire. — Com-

mission : MM. Joffroy, Aug. Voisin et Sérieux, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Quatre mémoires de M. Bombarda, intitulés : conscience dans les crises épileptiques ; hystérie et épilepsie ; microcéphalie ; folie circulaire chez une hystérique.

2° *Annales de psychiatrie et d'hypnologie*, n° 1, 1895.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL déclare vacante une place de membre titulaire.

Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1895.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL énumère les mémoires envoyés à la Société pour les prix à décerner dans la séance solennelle d'avril 1895 :

PRIX AUBANEL. — 2,000 francs. — Question : *Des variétés cliniques du délire de persécution.*

Pas de manuscrit.

La même question est remise au concours pour l'année 1896 ; le prix sera de la valeur de 2,400 francs.

PRIX BELHOMME. — 800 francs. — Question : *Du traitement hygiénique et pédagogique de l'idiotie* (*arriérés, débiles, imbéciles, idiots*).

Deux mémoires ont été envoyés :

N° 1. — Épigraphe : « Pour développer l'intelligence, il faut commencer par développer les sens. » (Séguin.)

N° 2. — Epigraphe : « Tout idiot est éducable selon son degré d'idiotie. » (Belhomme.)

PRIX ESQUIROL. — 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol.

Un seul mémoire a été envoyé ; il est intitulé : *Contribution à l'étude des troubles mentaux dans le tabes*, et a pour devise : Que sais-je ? (Montaigne.)

PRIX MOREAU (DE TOURS). — 200 francs.

Cinq thèses ont été envoyés :

N° 1. — *Etat mental dans la chorée;* par le Dr A. Breton.

N° 2. — *Essai sur les psychoses de la vieillesse* ; par le Dr A. Pécharman.

N° 3. — *De la confusion mentale;* par le Dr Henri Hannion.

N° 4. — *De l'impulsion et spécialement de ses rapports avec le crime* ; par le Dr Victor Bourdin.

N° 5.—*Recherches d'anthropologie criminelle chez l'enfant. Criminalité et dégénérescence;* par le Dr L. Maupaté.

Nomination des Commissions de prix.

Prix Belhomme. — MM. Bourneville, Joffroy, Rouillard, Sollier, Jules Voisin.

Prix Esquirol. — MM. Bonchereau, Falret, Mitivié, Ritti et Paul Sérieux.

Prix Moreau (de Tours). — MM. Ballet, Chaslin, Christian, Paul Garnier, Moreau (de Tours).

Rapports de candidature.

M. Ch. Vallon. — Messieurs, dans la dernière séance vous avez chargé MM. Falret, Ballet et moi de vous présenter un rapport sur les candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante le 31 décembre dernier.

Jamais tâche d'une Commission ne fut plus facile et plus agréable que la nôtre. En effet, par suite du désistement de M. Roubinovitch, un seul postulant reste en présence, et il est bien connu de vous tous : c'est M. Pierre Janet. Ancien élève de l'École normale supérieure, professeur agrégé de philosophie au collège Rollin, docteur ès lettres, docteur en médecine, auteur de travaux estimés, notamment d'une étude remarquable sur l'*état mental des hystériques*, M. Janet est doublement qualifié pour faire partie d'une Société qui s'intitule médico-psychologique. Au reste, vous vous le rappelez, dans la séance du 27 novembre 1893, la Commission chargée de classer les compétiteurs aux places alors vacantes dans notre Société avait déjà fait figurer le nom de M. Janet à côté de ceux des quatre candidats que vous avez élus ; la Commission avait même regretté de ne pouvoir assigner un meilleur rang à la candidature de M. Janet, plus tard venue que celle de quatre confrères également méritants.

Je crois inutile d'insister sur les titres qui recommandent M. Janet, à vos suffrages et au nom de votre Commission je vous propose de l'accueillir parmi nous comme membre titulaire.

Conformément à ces conclusions, M. Pierre Janet est élu membre titulaire par 19 voix et 1 bulletin blanc, sur 20 votants.

M. Paul Sérieux. — Messieurs, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Christian, Ritti et Sérieux, de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le Dr Hamel, qui sollicite le titre de membre correspondant.

M. Hamel est déjà connu de la Société, qui a décerné à sa Thèse une mention honorable (concours pour le prix Moreau [de Tours], 1893). Après un stage d'un an comme interne dans les Asiles de Ville-Evrard et de Villejuif, M. Hamel, reçu interne à la Maison de Charenton, y resta plus de deux années, puis résolut, séduit par l'intérêt qu'offre la clinique des maladies mentales, de se consacrer d'une façon durable à l'étude de la folie. En juin 1894, il prit part, à Nancy, au concours pour l'emploi de médecin des asiles publics d'aliénés et fut reçu après d'excellentes épreuves.

Dans sa Thèse sur *les Hallucinations génitales et les idées érotiques chez les persécutés*, l'auteur étudie les troubles sensitifs de la sphère génitale, plus particulièrement dans le délire de persécution à évolution systématique. Il s'est attaché à rechercher la genèse de ces hallucinations et à montrer leur influence sur l'évolution et le caractère du délire. Après un court aperçu sur les causes prédisposantes : ménopause, malformations physiques, affections organiques de l'appareil génital, M. Hamel étudie l'apparition, à la seconde période de la psychose, d'hallucinations de la sensibilité générale se spécialisant sur les organes génitaux. Ces troubles peuvent, chez certains malades, devenir prédominants et donner au délire un cachet spécial ; les hallucinations sensorielles proprement dites passent au second plan ou bien s'associent aux symptômes d'ordre génital et servent à les alimenter. De là une transformation dans l'attitude et le langage de ces délirants chroniques, de là ces formules conjuratrices, ces néologismes adaptés aux préoccupations délirantes, ces moyens de défense spéciaux dont certains (introduction de corps étrangers dans les organes génitaux) doivent plus particulièrement attirer l'attention du médecin. M. Hamel signale chez

ces malades l'influence de certaines sensations auditives sur la provocation des hallucinations génitales, l'association de ces derniers troubles avec des idées de grandeur, d'où un délire mégalomaniaque à forme érotique. Un chapitre médico-légal est consacré à l'examen des réactions auxquelles peuvent donner lieu les hallucinations génitales, tels sont les actes de violence, les accusations de viol. Une quinzaine d'observations personnelles complètent cet intéressant travail.

Au Congrès de médecine mentale de Clermont-Ferrand, M. Hamel a communiqué un mémoire, fait en collaboration avec M. le Dr Marie, *sur la dissociation de la personnalité au cours de délires systématisés anciens*. Une des observations de ce travail a trait à une délirante chronique arrivée à la période de grandeurs et reniant son ancienne personnalité qui s'est extériorisée. La malade, chez laquelle les idées de persécution n'ont pas disparu, identifie sa persécutrice à son ancienne personnalité, qui entre ainsi en conflit avec la nouvelle.

Vous le voyez, messieurs, M. Hamel a su mettre à profit ses années d'internat pour recueillir des observations cliniques fort intéressantes ; actuellement médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Dôle, il sera, nous n'en doutons pas, pour notre Société un collaborateur actif et distingué. Je vous prie, au nom de votre Commission, d'accueillir favorablement sa demande.

Conformément à ces conclusions, M. Hamel est élu membre correspondant, à l'unanimité de 17 votants.

Vêtements et appareils protecteurs étranges portés de jour et de nuit par un dégénéré persécuté.

M. Le Filliatre communique, au nom de M. Paul Garnier et au sien, le travail suivant :

Edgar B..., âgé de trente-huit ans, est né à La Haye-Descartes (Indre-et-Loire), d'un père bien portant, âgé actuellement de soixante et onze ans, nullement infirme, toujours sobre, et retiré des affaires depuis une dizaine d'années.

Son grand-père paternel, cuisinier, est mort à soixante-quinze ans d'une fluxion de poitrine. Sa grand'mère paternelle est morte jeune, des suites d'une mauvaise couche. Pas d'oncles ni

de tantes paternels. On ne trouve rien en faveur de la syphilis, pas plus chez le père que chez la mère.

La mère est morte à trente-cinq ans, d'une fièvre typhoïde, c'était une femme sobre, calme, d'une bonne constitution, n'ayant jamais été nerveuse. Mariée à vingt-deux ans, elle avait eu trois enfants et n'avait jamais fait de fausses couches.

Sur ces trois enfants, une fille morte à quatorze ans d'une fluxion de poitrine qui l'enlève en quinze jours ; cette enfant était grande, bien bâtie, d'une constitution robuste et n'avait jamais eu de maladies d'enfance.

Le deuxième enfant est notre malade, sa mère avait vingt-neuf ans lorsqu'elle le mit au monde. Enfin, un troisième enfant, âgé actuellement de vingt-huit ans, homme d'une taille un peu plus grande que celle de notre malade, bien portant, solide, très intelligent et non alcoolique.

Le grand-père maternel est mort jeune, probablement de tuberculose (trente-cinq ans), car il souffrait de la poitrine et toussait depuis longtemps ; c'était un homme sobre. Quant à la grand'mère maternelle, elle est morte jeune, en couches.

En somme, du côté paternel comme du côté maternel, nous ne trouvons rien à relater comme antécédents.

Passons maintenant à la vie de notre malade.

Edgar B... est né à la suite d'une grossesse arrivée à terme, terminée par un accouchement normal et facile. Le malade n'a jamais entendu dire que sa mère ait eu des frayeurs pendant sa grossesse ou fait une chute quelconque. C'est sa mère elle-même qui l'élève. Il marche à neuf mois, très précoce par conséquent. A onze mois on le sèvre.

Jusqu'à l'âge de sept ans, Edgar B... fait preuve d'intelligence, il comprend et apprend facilement ; à partir de cette époque, on l'envoie à l'école. Là, il éprouve certaines difficultés, ayant, malgré lui, toujours *l'esprit distrait*.

A dix ans, son père voyant qu'il faisait fort peu de choses à l'école, le met chez un prêtre, afin de lui faire poursuivre des études de français plus complètes et de le faire entrer plus tard à l'école des Arts et Métiers. Là, comme à l'école, il ne pouvait, d'après ses propres paroles, que « *difficilement fixer son esprit sur les livres. Je lisais quelquefois des phrases entières jusqu'à deux fois, sans savoir ce que j'avais lu, mon esprit étant toujours occupé, et cela malgré moi, à autre chose* ».

A douze ans, son père le remet à l'école primaire, le prêtre ne pouvant rien lui apprendre. Il y reste jusqu'à l'âge de treize ans et demi, étant toujours le dernier de sa classe ; ses maîtres se plaignant toujours de son esprit distrait.

A treize ans et demi, il apprend la profession de mécanicien. Notons cependant que, si ses aptitudes lui permettent d'ap-

prendre facilement cette profession, il n'en est pas moins vrai qu'il était toujours incapable d'une attention soutenue.

A quinze ans, il a une attaque de rhumatisme articulaire aigu, sans aucune complication ; cette maladie, la convalescence comprise, dure six mois ; le malade en sort affaibli, avec des douleurs articulaires survenant dans les genoux à la suite de marches un peu fortes. Ses jambes ne lui permettent pas de se tenir debout pendant plusieurs heures de suite. Pour cette raison, à quinze ans et demi, il quitte sa profession de mécanicien et entre chez un de ses oncles à Surgères, pour y apprendre celle de marchand de nouveautés. Son oncle est très satisfait de lui, ses douleurs articulaires disparaissent peu à peu, et à dix-sept ans, il quitte son oncle pour compléter son apprentissage à Saintes, dans une grande maison de nouveautés. Il y reste dix-huit mois, travaillant bien, sans ressentir aucune douleur ; à cette époque, il demande, sans l'obtenir, une augmentation de traitement ; il quitte alors la maison de Saintes et va à Angoulême dans une autre maison de nouveautés où il reste deux ans. A vingt ans et demi, croyant faire mieux, il quitte Angoulême et va à Bordeaux dans une autre maison de nouveautés qu'il quittera pour aller au régiment.

Incorporé au 68e d'infanterie, il y fait un an de service, s'y conduit bien, ne se faisant jamais punir. Pendant son séjour à la caserne, il ne ressent aucune douleur ; sorti du régiment, il revient à La Haye-Descartes près Tours, où il s'établit comme quincaillier.

Remarquons *tout de suite l'instabilité de ce caractère ;* au lieu de continuer sa profession de mécanicien qui lui plaisait, il la quitte à cause de ses douleurs pour prendre celle de marchand de nouveautés, où il fatiguait tout autant ; il va alors successivement à Surgères chez son oncle, à Saintes, à Angoulême, à Bordeaux, ne se trouvant jamais bien là où il était ; finalement, il s'établira quincaillier, après avoir été tour à tour mécanicien et marchand de nouveautés.

Jusqu'à l'âge de trente-quatre ans, il se porte bien, ne ressent aucune douleur et fait même comme quincaillier de bonnes affaires. Vers cette époque, on expliquait à La Haye-Descartes, d'après les propres termes du malade, « par voie d'influences, les phénomènes du magnétisme, l'aimantation des nerfs, ses propriétés, la pensée, l'association des idées. Pendant tout le temps passé à l'explication de ces phénomènes, je me vois très influencé. Je subissais de temps en temps les épreuves *du pincement*. N'ayant jamais eu connaissance des facultés de notre système nerveux, je me trouvais charmé de tous ses phénomènes qui modifient les sentiments... ; j'admirais

eette faculté merveilleuse des ondes sonores... Après l'explieation de toutes ees théories, je me trouvais lassé par l'*impulvérisation*. J'entends par impulvérisation, le phénomène produit par plusieurs émanations venant eontreearrer nos désirs... Je me trouvais gêné par eette impulvérisation qui me provoquait le sommeil chaque fois qu'il m'était utile de travailler à mes livres de commeree, qui réelamaient de l'assiduité. »

Quelque temps après, il est pris de névralgies siégeant sur toute la tête, sur le trajet des arcades dentaires, sur le devant et le derrière de la poitrine. Ces douleurs venant se joindre à l'impulvérisation, il ne peut plus travailler et cède son fonds de eommerce à son frère. *Remarquons en passant que jusque-là* (fin de mars 1892), *il n'avait encore jamais porté de préservateurs sur le corps.*

A peu près à la même époque où il ressentait ees douleurs et ees névralgies, un de ses cousins hérite d'un nommé Cl..., parent de la famille, mort en Amérique.

Au reçu de cette nouvelle, notre malade croit avoir tout aussi bien que son eousin des droits à l'héritage. *Il se décide alors à partir pour l'Amérique*, pensant qu'il pourrait se faire restituer son pseudo-héritage et qu'en même tcmps le changement d'air serait pour lui un excellent traitement eontre ses douleurs.

En mai 1892, il part donc pour l'Amérique, arrive à Chicago, il y reste dcux mois sans trouver de travail, il s'oecupe ensuite à l'Exposition comme dessinateur ; on le remercie au bout d'un mois, à eause de son *état d'esprit*. De là, il va à Kansas City où il reste pendant deux mois dans une maison d'électricité. Là on est assez satisfait de lui ; mais bientôt, s'imaginant que le fils de la maison lui en voulait, il quitte, pour rentrer eomme électricien dans une fabrique de viandes dc conserve. Remarquons que c'est dans eette même fabrique qu'il croira, plus tard, que l'héritage de son parent a été plaeé. Là *les influences* lui apprennent qu'à Springfield, il trouverait des emplois avantageux ; il quitte donc cette maison de conserves au bout de quinze jours, et arrive à Springfield. Là, il faut croire que *les influences* l'avaient mal renseigné, car il trouve difficilement du travail.

Un mois après son arrivée dans cette ville, il apprend, toujours par *le procédé des influences*, que son pseudo-héritage était placé dans eette fameuse fabrique de conserves de Kansas, City où il avait travaillé. Aussi, après six mois de séjour à Springfield, quitte-t-il cette ville pour retourner à Kansas City afin de constater si ce que lui disaient *les influences* était exact. Il s'adresse alors à la direction de la fabrique pour réclamer la fameuse somme ; on lui répond, bien entendu, négativement

mais néanmoins il remarque, après avoir observé un échange de conversations entre employés, que ce qu'il avançait, était vrai. Finalement, voyant au bout de quelque temps qu'il ne peut obtenir gain de cause, il se décide à rentrer en France au mois de février 1894.

Voyons rapidement ce que notre malade entend *par ce procédé des influences*. C'est, d'après lui « la transmission de la voix par les ondes sonores ». C'est ainsi qu'étant à Kansas City, il entendait son ancien patron de Springfield lui dire très distinctement *et en français :* « ici nous avons besoin d'ouvriers ». Ce sont donc bien là des hallucinations de l'ouïe. *Dès son arrivée en France,* il apprend par ces mêmes *influences* qu'un monsieur d'Abilly dont il se croyait le fils « putatif », mort depuis quinze ans lui avait laissé ses biens et sa situation. Voici, du reste, un passage emprunté à une lettre que notre malade adressait au procureur de la République : « Je suis préveuu par les influences, dès mon arrivée en France, que j'avais eu tort de la quitter pour modifier ma situation, car, en quittant la France, je laissais derrière moi une situation des plus brillantes. M. J. V. d'Abilly, me léguait toute sa fortune, une partie des actions de la papeterie de La Haye-Descartes, sa situation au Crédit lyonnais m'appartenait. Je m'empresse de voir chez le notaire de la famille, à la papeterie de La Haye-Descartes et au Crédit lyonnais. Ne recevant pas de réponse satisfaisante, je m'adresse à vous, monsieur le procureur, pour obtenir le droit d'appeler MM. les administrateurs et gérants à déposer devant vous les titres de propriétés desdites Sociétés, afin de vérifier l'authenticité de mes prétentions. »

C'était là la raison pour laquelle notre malade arrive à Paris, afin de se faire rendre justice.

Un mois après son arrivée à Paris et après avoir adressé plusieurs lettres au procureur de la République sans jamais recevoir de réponse, il va trouver le commissaire de police de son quartier, dans un accoutrement des plus bizarres, afin de savoir si le procureur ne l'aurait pas chargé de lui transmettre une réponse au sujet de ses réclamations.

A cause de son équipement, du commissariat, il nous est renvoyé directement à l'infirmerie spéciale.

Mise singulière. — Voyons maintenant le côté le plus curieux de l'observation d'Edgard B..., en un mot, sa mise singulière, comment et pourquoi notre malade a été amené à se harnacher de la sorte.

Un mois avant son départ pour l'Amérique (*avril* 1892), il portait déjà *un plastron dorsal et un plastron sternal* en caoutchouc pour s'isoler *des causes extérieures*... D'après les propres termes du malade : « les causes extérieures seraient du magné-

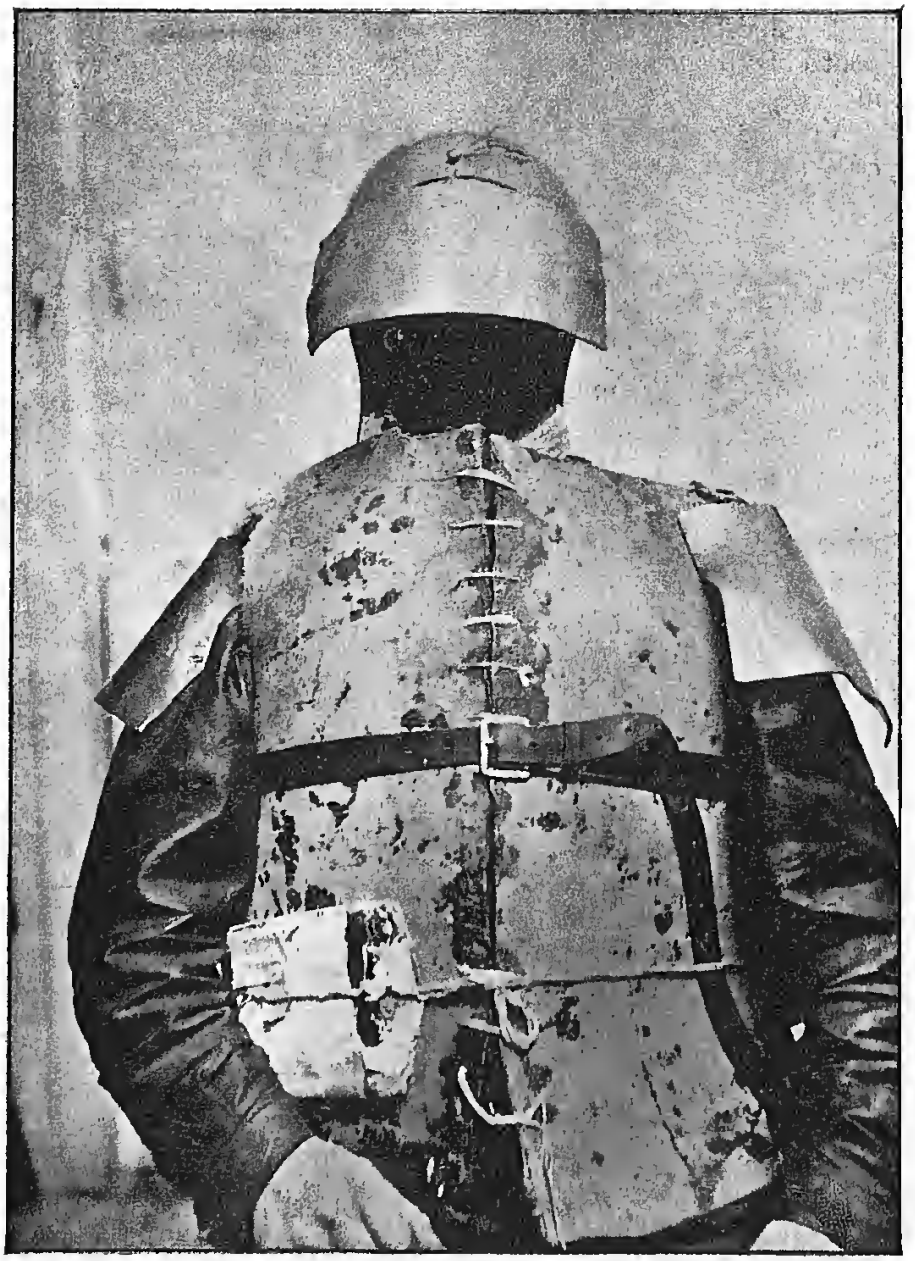


FIGURE I.

MALADE VU DE FACE

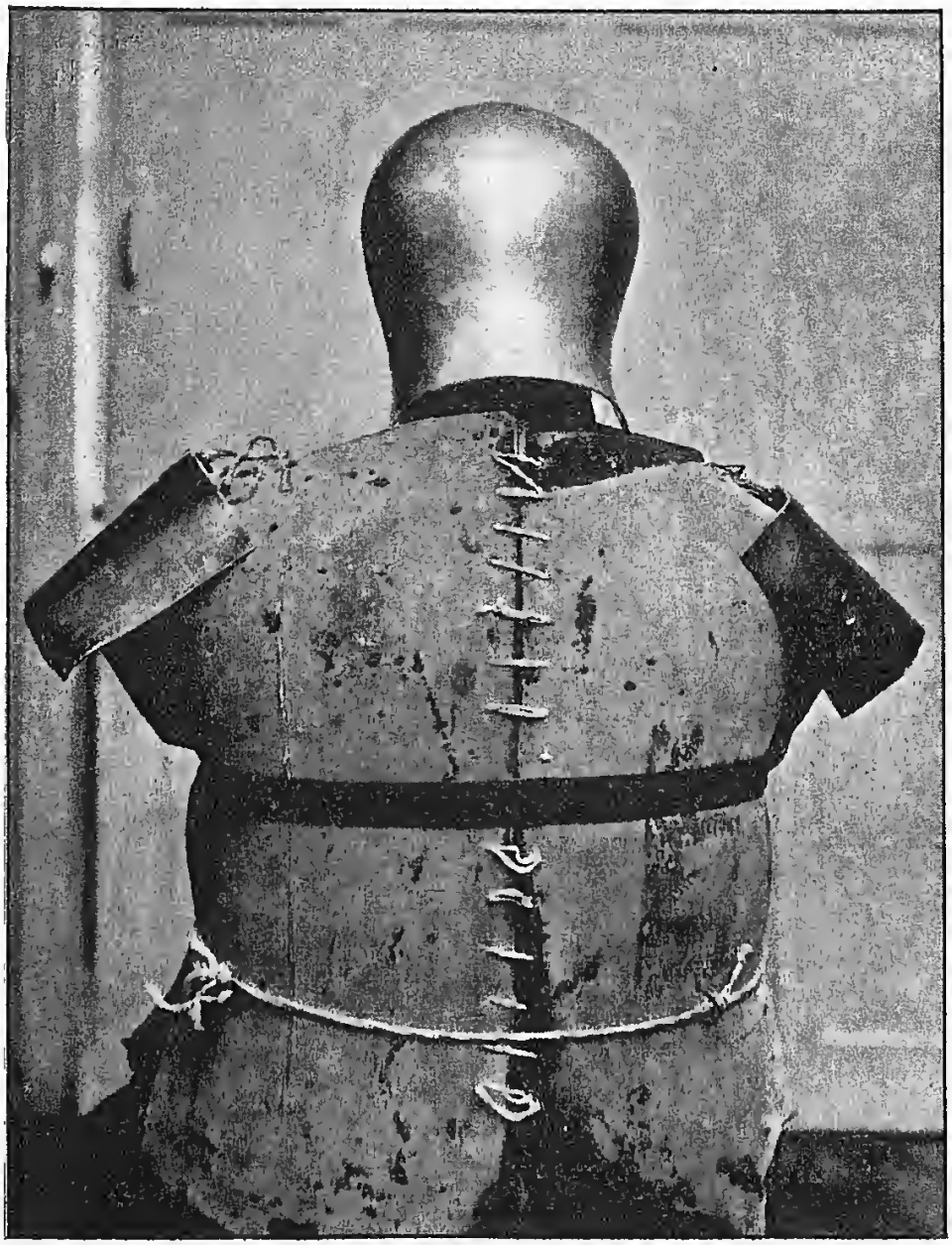


FIGURE 2.

MALADE VU DE DOS

tisme, nos maladies ne sont provoquées que par des magnétisations venues de l'extérieur... Ces magnétisations seraient produites par des magnétiseurs agissant à distance... »

C'est également pour se protéger *contre les causes extérieures* qu'il porte des *morceaux de porcelaine* sur le devant de la poitrine; ces plastrons et ces morceaux de porcelaine, il les garde nuit et jour.

Huit mois après son arrivée en Amérique, les douleurs « de l'entre-côte et du fiel » augmentant, il augmente les couches isolantes en se fabriquant d'abord une *première cuirasse en tôle*, formée comme celle en cuivre, qu'il portera plus tard, de deux demi-cylindres de tôle, lui couvrant le dos, la poitrine et une partie de l'abdomen. La douleur « de l'entre-côte » persistant, il la double bientôt d'une *seconde cuirasse en papier blanc verré*, le papier blanc verré servant à la fois à renforcer les couches isolantes et à former avec le caoutchouc et la tôle un excellent préservateur contre les causes extérieures. Sa cuirasse en tôle, il la portait jour et nuit; la cuirasse de papier étant par trop épaisse pour le jour, il ne la mettait que la nuit sur sa cuirasse en tôle. Cette cuirasse en papier l'oblige, dit-il, à abandonner le lit et les draps, pour se coucher sur sa descente de lit où il se trouve plus à l'aise et où il souffre moins que sur son lit, *le lit n'étant pas un isolant convenable.*

A cette même époque, pour calmer ses douleurs de tête, il *garnit de papier de verre son bonnet* pour la nuit et *sa casquette* pour le jour; puis les douleurs continuant, il ajoute successivement *une, deux, trois et quatre plaques de tôle au papier verré qui recouvre le fond de sa casquette*, qui, celle-ci, arrive à atteindre ainsi le poids de 3 kilogrammes. Quelques jours avant son départ d'Amérique, de peur que les douleurs augmentent par le fait de la traversée, il se confectionne *une solide cuirasse en caoutchouc* (fig. 1 et 2), couvrant tout le torse et les épaules, pesant 8 kilogrammes passés et une *lourde pélerine en caoutchouc*, qu'il appelle *sa rotonde*, pesant 4 kilogrammes.

Les figures ci-dessus nous en donnent une excellente idée. La cuirasse en caoutchouc a été faite avec une matrice de pâtissier, c'est-à-dire un moule en caoutchouc très épais servant à y couler des fondants.

Il met cette fameuse cuirasse en caoutchouc, pour la première fois, la nuit, sur le bateau, mais sans la porter dans le jour; quant à sa rotonde, il la porte jour et nuit.

Il avait remarqué que *depuis le moment où il portait tous ces isolants, son corps était moins sensible aux douleurs;* il en conclut que la diminution d'intensité des douleurs était due à son système d'isolement contre les causes extérieures.

Arrivé à Paris, le 15 *février* 1894, il porte *pendant le jour :*

1° *Son plastron de caoutchouc dorsal;*

2° *Son plastron de caoutchouc sternal;*

3° *Un morceau de porcelaine enveloppé dans du papier collé, au-devant des bronches;*

4° *Plusieurs couches de papier collé, au-devant de la poitrine;*

5° *Une cuirasse de fer-blanc* qu'il remplace cinq mois après son arrivée en France, par la cuirasse en cuivre Il préfère le cuivre à la tôle, parce que le cuivre est meilleur isolant, et se moulant plus facilement, forme un vêtement plus coquet.

Le poids total de cette cuirasse est de 6 kil. 1/2.

6° *Des genouillères en cuivre* formées chacune d'une plaque de cuivre entourée de papier collé. Remarquons qu'il n'emploie pas de papier filtre ou de papier buvard, ceux-ci étant de nouveaux isolants.

7° *Sa rotonde par-dessus le tout*, pesant, comme nous l'avons déjà vu, 4 kilogrammes.

8° *Enfin, comme coiffure, sa casquette dont le fond est garni de plusieurs plaques de tôle et pesant près de* 1 *kilogramme.*

Pendant la nuit, il conserve sur son corps tout ce qu'il porte le jour ; mais, comme « pendant le sommeil, les causes extérieures ont plus de prise sur vous », *il renforce les couches isolantes de sa fameuse cuirasse en caoutchouc* (fig. 1 et 2), *pesant* 8 *kilogrammes passés*, et se couche par terre sur un matelas, dans la position assise, le tronc appuyé de préférence dans une encognure de sa chambre, pour que les murailles puissent lui servir de protecteurs.

Il s'isole en outre la tête, le tronc et les cuisses avec trois demi-cylindres en cuivre, de 1 *centimètre d'épaisseur sur* 40 *centimètres de profondeur*, 60 *centimètres de largeur, et placés de la façon suivante :* Un cylindre placé de champ, dans l'encognure, contenant l'oreiller sur lequel reposent la tête, le cou et le dos ; les deux autres demi-cylindres bout à bout, l'un au-devant du thorax et de l'abdomen, l'autre couvrant les membres inférieurs. Tous les soirs, comme il ne pouvait pas arranger seul tout cet équipement, il *priait une de ses voisines de lui aider.*

Le 24 *novembre* 1894, cinq jours avant son arrivée à l'Infirmerie spéciale, il constate que ses douleurs de tête, de l'entre-côte et des jambes augmentent. *Il se fait alors construire un casque en cuivre de* 16 *francs* (fig. 1), pesant 2 kilogrammes, auquel il ajoute, la nuit, un masque en plomb (fig. 2) pour le protéger contre les douleurs de l'angle de l'œil, origine, d'après lui, du rhume de cerveau.

Depuis qu'il porte son casque et son masque, ces douleurs ont disparu. Contre les douleurs de « l'entre-côte » et des

épaules, il se décide à porter en plein jour sa cuirasse en caoutchouc double au niveau « du fiel », *un plastron de papier collé* et au niveau de chaque épaule, un *brassard en plomb*, les deux pesant près de 2 kilogrammes (fig. 1 et 2).

Ainsi donc, en nous résumant dans ce tableau ci-dessous, nous arrivons à trouver, comme poids total de son équipement, le chiffre de 29 kil. 160.

	kil.	gr.
Rotonde (pèlerine en caoutchouc)	4	»
Cuirasse en caoutchouc (fig. 1 et 2)	8	400
Brassard en (plomb fig. 1 et 2)	2	»
Cuirasse en cuivre demi-cylindre droit	3	400
Cuirasse en cuivre demi-cylindre gauche	3	250
Plastrons de caoutchouc, Papiers et porcelaine	3	850
Genouillères	«	450
Casquette	»	940
Casque en cuivre (fig. 1)	1	950
Masque en plomb (fig. 2)	»	920
Total	29	160

Quel diagnostic devons-nous maintenant porter sur ce malade qui est sûrement, eu égard à son étrange accoutrement, un des plus beaux types cliniques connus jusqu'à ce jour ?

Prenant Edgard B... dès son enfance, et bien qu'il n'y ait pas d'antécédents héréditaires signalés, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y en ait pas, nous constatons que, dès l'âge de sept ans, il témoigne de la désharmonie de ses facultés intellectuelles. Sur les bancs de l'école, c'est un esprit distrait, à qui l'on ne peut rien faire apprendre ; sorti de l'école, il prend tour à tour les professions de mécanicien, de marchand de nouveautés, se promenant de La Haye-Descartes à Saintes, de Saintes à Angoulême, d'Angoulême à Bordeaux, ne se trouvant jamais bien, là où il était, et tout cela pour revenir finalement à La Haye-Descartes, où il se fait quincaillier.

Vers trente-quatre ans, il subit les épreuves du pincement, de l'impulvérisation, et presque en même temps apparaît l'idée ambitieuse, il se croit l'héritier d'un parent mort en Amérique. Quelque temps après son arrivée en Amérique, il quitte la maison d'électri-

cité où il travaillait, sous prétexte que le fils du patron lui en voulait ; *obéissant ensuite aux influences*, il se promène de ville en ville et finalement revient en France, où ces mêmes « influences » lui apprennent qu'il a hérité d'un M. d'Abilly dont il est le fils *putatif*.

En somme, Edgard B... *est donc un déséquilibré avec idées de persécution, idées de grandeur, troubles de la sensibilité générale, et dont le délire ne présente pas d'évolution systématique.*

Cette observation nous a paru intéressante, en ce sens que cet individu, chargé d'un poids énorme de 30 kilogrammes, marchait allègrement, et que, par suite des troubles de sa sensibilité générale, il avait en quelque sorte perdu la notion du poids.

Cette sorte d'exonération à la fatigue et à la pesanteur, peut sans doute être comparée à l'insensibilité, à la mutilation que l'on observe chez certains malades.

Des attaques épileptiformes et apoplectiformes dans la paralysie générale.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, de la communication que nous a faite notre collègue Legrain dans une des dernières séances, j'ai retenu les propositions suivantes :

Les attaques épileptiformes sont une complication de la paralysie générale, due, au moins dans certains cas, à un empoisonnement spécial du sang, une auto-intoxication ;

Le meilleur traitement à leur opposer est celui par les émissions sanguines.

Il se trouve qu'à ce moment même je lisais, pour en rendre compte à la Société, une leçon clinique sur le même sujet, du Dr Clément Neisser, de Leubus, un de nos associés étrangers (1). Je suis donc amené, tout naturellement, à joindre au compte rendu du travail de Neisser la discussion de celui de M. Legrain.

Quand on considère, dit Neisser, un paralytique gé-

(1) *Die paralytischen Anfälle*, Stuttgart, 1894. Brochure de 40 pages.

néral au sortir de l'une de ces attaques, on trouve chez lui la plupart des symptômes qui caractérisent l'apoplexie cérébrale ; il est alors difficile, sinon impossible, de décider si l'on a eu affaire à une attaque épileptiforme suivie de paralysie, ou à une attaque apoplectiforme précédée de quelques symptômes convulsifs. Aussi l'auteur croit-il, contrairement à ce qui a été généralement admis jusqu'à ce jour, qu'il n'y a pas lieu d'établir une distinction entre ces deux syndromes. Il les réunit sous le terme générique d'*attaques paralytiques* (paralytische Anfälle) ; j'aimerais mieux : *attaques paralytiformes*, mais cela est accessoire.

Cette manière de voir paraît justifiée par les faits. Non seulement on ne saurait établir une démarcation nette et précise entre l'attaque épileptiforme et l'attaque apoplectiforme ; mais encore, au point de vue pathologique, elles ont la même valeur, et leur influence sur la marche de la maladie est identique. Bien plus, l'anatomie pathologique ne révèle aucune différence appréciable. Il importe seulement de constater que, dans les deux cas, à côté des phénomènes généraux (perte de connaissance, résolution des membres, incontinences, etc.), il s'en produit d'autres (hémiplégies, monoplégies), qu'il paraît logique d'attribuer, non pas à une lésion diffuse, généralisée, mais, au contraire, à une lésion localisée en foyer (1).

On sait que les attaques peuvent présenter toutes les variétés imaginables, depuis la crise légère, fugace, qui passe inaperçue, ou ne se traduit que par un peu d'hésitation plus marquée dans la parole, ou quelques secousses convulsives des muscles de la face, jusqu'à l'attaque foudroyante, qui emporte le malade en quelques instants.

Tout d'abord, on n'a considéré les attaques que comme des complications de la paralysie générale (2). Il en est ainsi, dit Neisser, quand la paralysie générale survient

(1) L'auteur les appelle *Herdsymptôme*, — littéralement symptômes de *lésions en foyer*.

(2) C'est ainsi que nous les avons décrites, Ritti et moi, dans notre article *Paralysie générale* du *Dictionnaire* de Dechambre, sans y attacher d'ailleurs aucune idée doctrinale.

chez nn épileptique, l'épilepsie continuant à se manifester par ses crises caractéristiques ; on encore, quand nn paralytiqne général a une affection des reins, du cœur ou des vaisseaux, qui l'expose à des embolies on à des apoplexies sanguines, ou à une intoxication urémiqne : ce seraient des cas à rapprocher de ceux de M. Legrain. Mais, en réalité, il n'est pas de paralytiqne général chez lequel ne surviennent les attaqnes dont nons nous occupons, soit au début même de la maladie, ou pendant les diverses phases de son évolution, soit à la période terminale. Il est bien plus naturel de penser que les attaques, épileptiformes ou apoplectiformes, font partie intégrante de la paralysie générale, au même titre qne les autres symptômes classiqnes.

Avec cette conception, justifiée par l'observation, il est évident que l'opinion de M. Legrain, attribuant les attaques à nne sorte d'auto-intoxication, ne saurait être acceptée que dans des cas exceptionnels. Encore M. Legrain n'a-t-il pas isolé la toxine qu'il invoque. Il a simplement constaté qu'en injectant dans l'oreille d'un lapin une certaine quantité de sérum dn sang de son malade, il déterminait la mort rapide de l'animal. Mais le lapin meurt aussi, quand on lui injecte du sang normal. Et qui sait? peut-être nne injection d'eau pure amènerait-elle le même résnltat fatal ; car, en dehors de la qualité dn liqnide injecté, il y a la quantité ; et si cette quantité est suffisante pour tronbler profondément la circulation, le lapin peut mourir, avant même que le poison, — hypothétiqne, — ait eu le temps d'agir. Et enfin, ce sang, qui est toxique pour le lapin, l'est-il donc nécessairement pour le malade dans les veines dnqnel il circule ?

Les attaqnes paralytiques étant considérées comme faisant partie intégrante de la paralysie générale, il reste à déterminer quelle est leur cause prochaine, immédiate.

On voit des malades rester des semaines, des mois sans aucune attaqne, chez qui, tont d'un coup, sans cause extérieure appréciable, elles éclatent avec violence. Jusqu'à présent, on a toujours cherché dans l'encéphale la cause directe de ces accidents.

Or, le problème est complexe ; car il y a, d'une part, les convulsions, qui rappellent à s'y méprendre celles de

l'épilepsie ; et il y a les phénomènes consécutifs de paralysie localisée (monoplégies, hémiplégies).

Dans certains cas, quand il y a complication de pachyméningite, tout s'explique d'une façon rationnelle. En effet, qu'il se produise un raptus sanguin, une hémorragie, dans l'intérieur de la fausse membrane, il y aura irritation de la région correspondante de la couche corticale, d'où les convulsions, — et compression de l'hémisphère, d'où l'hémiplégie. En outre, à mesure que l'épanchement se résorbera, la compression elle-même diminuera, et l'on comprend que l'hémiplégie se dissipe rapidement.

Mais la pachyméningite n'est pas de règle dans la paralysie générale : il faut donc chercher une autre explication.

Cette explication, les autopsies des malades morts en pleine crise convulsive, sont loin de la donner ; on rencontre les altérations macroscopiques les plus diverses : épanchements de sérosité dans les ventricules et dans la cavité de l'arachnoïde ; hémorragies de la pie-mère ; pachyméningite et hématomes de la dure-mère ; foyers de ramollissement épars dans l'encéphale ; ossifications de la dure-mère ; le plus souvent rien, en dehors des lésions banales de la paralysie générale.

On en a été réduit alors à invoquer la cause qui sert à tout expliquer, la *congestion ;* et cette explication, donnée par les premiers observateurs, a régné sans conteste jusqu'au jour où Westphal, s'inspirant des expériences de Kussmaul et Tenner, a prétendu, au contraire, que les attaques étaient dues à des *anémies* subites de certaines régions du cerveau. A cette théorie on peut, jusqu'à un certain point, rattacher celle qu'ont adoptée deux observateurs d'une grande autorité, Mendel et Krafft-Ebing. Suivant eux, les attaques seraient dues à des paralysies vasculaires transitoires, avec œdème circonscrit. D'après Mendel, ces troubles se produiraient d'autant plus facilement que, dans la paralysie générale, les vaisseaux de l'encéphale et des méninges sont profondément altérés, leurs parois épaissies, leur calibre diminué : la cause la plus légère suffit à déterminer un arrêt du sang dans un point limité, suivi d'hyperémie et d'œdème.

Baillarger, dont il faut citer le nom chaque fois que

l'on parle de paralysie générale, s'était occupé de la question dès 1858 (1). Dans un mémoire resté inachevé, il propose une explication ingénieuse des hémiplégies consécutives aux attaques épileptiformes. Il avait remarqué que chez les paralytiques généraux, les hémisphères cérébraux sont généralement de poids différent, fait d'observation confirmé depuis. Il en avait conclu que l'hémisphère le moins lourd avait subi un commencement d'atrophie ; c'est cette atrophie, consécutive elle-même à des congestions répétées, qui est cause de l'hémiplégie. Atrophie à gauche, hémiplégie à droite, et inversement. On peut objecter, il est vrai, que l'hémiplégie passe, tandis que l'atrophie reste ; et chez le même malade, l'hémiplégie peut se montrer d'un côté, à la première attaque, du côté opposé, à l'une des attaques suivantes.

Neisser donne une explication (empruntée à son maître Lissauer, un observateur qu'une mort prématurée a empêché de mettre la dernière main à ses recherches), que je vais m'efforcer de vous exposer, après m'être longuement appliqué à bien la comprendre.

Il considère comme acquis que la paralysie générale est caractérisée anatomiquement par l'atrophie et la disparition progressive des éléments cellulaires de la couche corticale, des cellules ganglionnaires. Cette disparition ne se fait pas d'une manière absolument régulière ; l'ordre, suivant lequel les différentes régions sont atteintes, n'est pas toujours le même ; les lésions ne sont pas toujours également étendues. De là, des différences dans la marche et dans les symptômes. Il ne faut pas perdre de vue cependant que, si la marche de la maladie est essentiellement chronique et progressive, elle est cependant accidentée par des poussées aigües qui sont précisément les attaques paralytiques. Or, et c'est là l'originalité des vues de Lissauer et de Neisser, les lésions qui déterminent les troubles locaux consécutifs aux attaques, sont absolument identiques à celles même qui constituent le processus de la paralysie générale. En d'autres termes, s'il se produit une hémiplégie, une monoplégie, cela tient à ce que dans le territoire

(1) *Ann.méd.-psychol.*, 1858.

cérébral correspondant, il s'est fait un travail aigu, amenant d'une façon rapide la disparition des cellules ganglionnaires. L'auteur a pu le constater fréquemment dans ses études sur le cerveau des paralytiques : les cellules avaient disparu précisément dans les parties du cerveau, qui, d'après nos connaissances actuelles sur les localisations cérébrales, tiennent sous leur dépendance les muscles restés paralysés après l'attaque, et notamment les couches optiques, les corps genouillés, le lobe pariétal, etc.

En admettant cette explication, il n'est même pas nécessaire, pour que l'hémiplégie se produise, qu'il survienne une attaque au sens propre du mot ; quelquefois il y a simplement un peu d'excitation, une bouffée délirante ; c'est ce que l'auteur appelle les *attaques psychiques*. Et même, il semble dire que l'hémiplégie, à elle seule, peut constituer l'attaque dont elle est le signe visible.

Telle est, si j'ai bien compris, la théorie de Lissauer et Neisser. Elle ressemble d'une façon bien singulière à celle que Baillarger hasardait il y a trente-six ans. Le langage scientifique seul est différent. Aussi puis-je lui faire les objections que je faisais plus haut à l'explication de Baillarger : la lésion cérébrale est permanente, définitive ; la paralysie, au contraire, n'est que passagère. Comment comprendre d'ailleurs que le processus morbide de la paralysie générale se localise ainsi dans certains territoires, et qu'il y affecte une marche si aiguë ? Il serait, je crois, plus logique d'en revenir à l'oblitération vasculaire admise par Mendel et Krafft-Ebing : avec elle on se rend compte non seulement de la destruction des cellules, dans toute la région où la circulation est arrêtée, mais encore de la nature passagère de certains troubles.

Mais laissons toutes ces hypothèses, que j'ai simplement rapportées, sans vouloir en hasarder moi-même une nouvelle. Restons sur le terrain de l'observation clinique.

Or, la clinique nous apprend simplement ceci, que dans la paralysie générale surviennent fréquemment des hémiplégies, des paralysies partielles, d'une durée éphémère, que, jusqu'à présent, nous ne saurions rattacher

à aucune lésion appréciable des centres nerveux. Ce n'est pas seulement chez les paralytiques généraux que ces faits se rencontrent. Il a quelques jours, j'en ai observé un très remarquable chez un malade, qui, à la suite d'accidents alcooliques aigus, marchait vers la démence. Il était depuis un mois dans mon service, parfaitement calme et bien portant, quand un matin, en le levant, on constata une hémiplégie gauche complète. Je le fis porter à l'infirmerie, où il me fut facile de constater l'hémiplégie avec diminution de la sensibilité et conservation de l'intelligence. Le malade n'accusait aucune douleur. Je lui fis faire dans la journée, trois injections d'ergotinine. Le lendemain, à ma grande stupéfaction, je le trouvais debout, marchant dans le dortoir ; il ne restait qu'un peu de faiblesse dans la main.

En admettant, ce que je n'oserais affirmer, que l'ergotinine ait déterminé cette guérison si rapide, je ne saurais cependant me faire aucune idée de la lésion qui aurait provoqué l'hémiplégie. Et jusqu'à nouvel ordre, je crois que dans ce cas, comme dans tous les cas analogues, il faut admettre que des troubles purement fonctionnels peuvent amener les mêmes symptômes que les lésions matérielles.

Il me reste à examiner la dernière proposition de M. Legrain, celle du traitement par les émissions sanguines. Il m'a paru que notre collègue s'est laissé guider par une analogie trompeuse : de ce que les émissions sanguines produisent des effets favorables dans les attaques éclamptiques des femmes en couches, s'ensuit-il qu'on doive y recourir dans les attaques épileptiformes de la paralysie générale ? Je ne crois pas qu'entre les deux cas, il y ait aucune ressemblance, même lointaine. J'ajouterai que pour la paralysie générale, l'expérience a été faite. Il fut un temps où les malheureux paralytiques étaient, à tout propos, et même hors de propos, couverts de sangsues et de ventouses ou saignés à blanc ; ils mouraient plus vite ; c'est le seul résultat que l'on ait jamais obtenu. Foville a fait la remarque fort juste que, depuis que l'on a cessé de saigner les paralytiques, ils vivent beaucoup plus longtemps : c'est un fait qu'il avait pu vérifier à Charenton.

Dans quelques rares occasions, je me suis risqué à

tirer du saug ; c'est quaud à la suite de l'attaque, le malade, complètement cyanosé, était menacé d'uue asphyxie imminente. Je n'ai jamais eu à me louer de cette pratique, à laquelle depuis longtemps j'ai renoncé. Au surplus, pour le pronostic immédiat, l'élément important, c'est la température. Quand, après l'attaque, le thermomètre dans l'aisselle dépasse 40 degrés, il est bien rare que le malade ne succombe pas daus les vingt quatre heures (1). Et alors les injections d'ergotinine, le moyen cependant qui m'a donné les meilleurs résultats, restent généralement sans effet.

M. Ballet. — Je ne sais si la pathogénie des attaques épileptiformes est toujours identique à elle-même. Il se peut qu'il y ait un certain uombre de faits confirmatifs de la théorie de M. Legrain. Mais à coup sûr, cette pathogéuie ne peut s'appliquer à tous les cas. La pathogénie de l'épilepsie jacksonienne est venue donner une nouvelle force à la théorie de Baillarger. Or, très-souvent l'attaque épileptiforme revêt la forme de l'épilepsie jacksonieune. Il n'y a souvent au début qu'une épilepsie sensitive. A côté de cette forme, il y a la vraie épilepsie jacksonienne. Nous sommes alors en présence d'intoxication, car il n'y a pas encore, à la période où on l'observe, de troubles de nutrition générale, puisque c'est tout à fait au début. Et de plus, même plus tard. ce que nous savons de l'épilepsie jacksonieune nous explique bieu ce qui se passe dans la paralysie générale. La lésion de la paralysie générale est essentiellement épileptogène dans sa forme anatomique. Il n'y a donc pas besoin d'invoquer l'anémie, la congestion, l'intoxication, alors qu'il s'agit d'un trouble fonctionnel simple sans modification anatomique de la lésion.

Séquestration et sortie d'aliénés ordonnées par la justice (suite).

M. Febvré (2). — Messieurs, mou intentiou n'est pas de m'étendre longuement sur un sujet qui a été

(1) Broquère. Des attaques épileptiformes et apoplectiformes dans la paralysie générale, *Thèse de Paris*, 1883.

(2) Communication lue par M. Legrain.

traité, lors de notre dernière séance, d'une façon si détaillée, si complète par mon collègue, M. Marandon de Montyel. A mon avis, il importe surtout de recueillir de nombreuses observations, de citer de nombreux faits et de les grouper, afin de bien établir dans quelles conditions s'exerce et peut s'exercer actuellement l'intervention de la magistrature en matière de séquestration. Vouloir faire découler les lacunes que nous vous signalons, du droit de contrôle dévolu aux magistrats, dans la question d'assistance des aliénés, et affirmer que l'esprit de critique qui semble pour le moment les animer, disparaîtra à jamais, si des charges nouvelles créées par une nouvelle loi les obligeaient à avoir, après les formalités d'admission, non plus la responsabilité du maintien de quelques aliénés mais la responsabilité et l'examen de tous les aliénés, me paraît une pure hypothèse. Les magistrats qui sont intervenus pour faire cesser une séquestration, provoquée par des rapports motivés et survenue à la suite d'une tentative criminelle (observation de M. de Montyel), ne reculeront devant aucune responsabilité. Le caractère, sans doute, peut se modifier avec les fonctions ; mais les prérogatives attachées à certaines fonctions sont souvent une cause de conflit et engendrent parfois des rivalités, rivalités qui se révèlent dès que des pouvoirs qui se touchent par certains côtés, ont à s'occuper des mêmes questions.

Les observations que j'ai l'honneur de vous soumettre sont loin d'offrir des particularités aussi saillantes que celles que vous avez constatées dans l'observation de mon collègue ; elles ne sont pas contrôlées par des expertises médicales ; elles ne sont surtout pas commentées en des jugements libellés d'une façon aussi.... imprévue que le jugement dont il vous a été donné lecture. Les quatre malades, dont je désire vous entretenir aujourd'hui, ont été mises en liberté après un interrogatoire sommaire de la part du tribunal : pour deux, mes certificats de situation concluaient au maintien à l'asile ; pour une, je demandais un simple délai pour assurer une amélioration durable ; pour une dernière, je sollicitais une expertise médicale pour dégager ma responsabilité.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une intermittente

dont les rémissions étaient toujours incomplètes. Les certificats d'admission étaient ainsi formulés :

« Est atteinte de dégénérescence mentale avec accès délirants. Déjà traitée. Sortie récemment de Sainte-Anne. — *Signé :* Dr Garnier. »

« Est atteinte de dégénérescence mentale avec idées de persécution, alternatives d'excitation et de dépression. Déjà traitée. — *Signé :* Dr Magnan. »

Mes certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine mentionnaient les mêmes troubles psychiques et le 11 avril 1893, je m'exprimais ainsi à la fin d'un certificat de situation, rédigé sur la demande du parquet: « Tous les essais de sortie tentés en faveur de cette malade, ont été suivis immédiatement de rechute. Aujourd'hui, la disposition au délire et l'excitation sont encore plus prononcées et elles ne me permettent pas de proposer à M. le procureur de la République la mise en liberté de cette malade. »

Le 19 mai, un nouveau certificat de situation était adressé à M. le procureur de la République, certificat ainsi établi :

« Est atteinte de dégénérescence mentale. Depuis mon certificat, en date du 11 avril dernier, l'affection mentale paraît s'être aggravée. L'excitation tend à prendre une forme continue et le délire se complique d'hallucinations qui pourraient entraîner des réactions plus ou moins dangereuses. J'estime, en conséquence que le maintien de Mme C... à l'asile est entièrement justifié. »

Le 29 septembre, c'est-à-dire quatre mois environ après ce certificat, sans aucune expertise médicale, sans aucune consultation du médecin traitant, la malade était mise en liberté, « attendu, disait le jugement, que si, à un moment donné, l'état mental de la dame C... avait pu motiver son internement dans une maison d'aliénés, il résultait des pièces produites et de l'interrogatoire de ladite dame, que son état d'esprit s'était complètement amélioré, qu'il paraissait certain que la dame C... n'était dangereuse ni pour la sécurité publique ni pour elle-même ».

Cette malade a été pour moi une cause de difficultés avec le parquet qui s'était ému, ainsi que le disait M. le procureur de la République, dans une note adressée à

M. le directeur de l'asile, des termes dans lesquels était rédigée la lettre d'avis destinée au mari de la malade. Le secrétaire de la direction, qnoique très ancien dans le service, ne connaissait sans doute pas ce mode de mise en liberté et il avait ajouté à la formule ordinairement employée en pareil cas, ces quelques mots : a été mise en liberté à quatre heures du soir, sans que *le médecin traitant ait établi un certificat de situation.*

Les affaires se sont singulièrement compliquées, quand le mari commentant, à son tour, ces quelques mots, a protesté violemment dans la lettre suivante, écrite sur papier timbré et adressée à M. le procureur de la République.

Paris, 3 octobre.

« Permettez-moi de vous faire remarquer, Monsieur le procureur de la République, qu'il est inadmissible que la sortie d'une aliénée non guérie assurément (les médecins la déclarent incurable, puisqu'elle est atteinte de monomanie de la persécution), puisse être autorisée dans de semblables conditions.

« N'aurait-on pas pu me faire savoir que j'avais à reprendre Mme C... à l'asile, au lieu de la mettre en liberté?

« L'administration qui n'a pris aucune précaution, au sujet de cette mise en liberté, est responsable des malheurs qui pourront survenir, et j'ajoute qu'à l'heure où je vous écris, Mme C... n'a pas encore paru chez moi.

« Je réclame de votre justice, l'examen du dossier de Mme C... qui a été internée neuf fois à l'asile Sainte-Anne. Les certificats de la préfecture, le dernier surtout, vous édifieront complètement sur son état mental. Elle y est signalée comme folle de naissance. Il m'est impossible de la garder chez moi, et elle constitue un grand danger pour ceux qui l'entourent ; ses enfants eux-mêmes âgés de onze et trois ans, sont exposés à ses mauvais traitements, personne n'ose l'approcher, etc., etc. »

Cette malade a été réintégrée à l'asile Sainte-Anne, le 24 mai, et replacée le 1er juin 1894, à l'asile de Ville-Evrard ou elle se trouve encore (1).

(1) La malade vient de nouveau être mise en liberté par ordre du parquet de Pontoise.

La seconde de mes observations concerne une dame M..., femme M..., entrée à l'asile le 1er février 1891. Le certificat joint à la demande d'admission était ainsi formulé :

« Nous soussigné, médecin divisionnaire de la Maison nationale de Charenton, certifions que la nommée M... entrée, pour la deuxième fois, dans ladite maison, le 5 novembre 1891, est atteinte de délire de persécution avec interprétations délirantes (on chuchote autour d'elle, on rit d'elle, etc.) ; idées de jalousie (son mari l'a fait enfermer pour recevoir d'autres femmes), grande volubilité, excitation, etc. Doit être maintenue dans un établissement spécial. Peut être transférée sans inconvénients. » « *Signé :* Dr Ritti. »

Pendant près de deux ans, l'état mental de cette malade est resté stationnaire, caractérisé par d'incessantes oscillations qui étaient sous la dépendance de la nature, de la fréquence ou de l'intensité de ses perversions sensorielles ; pendant ses courtes périodes de rémission, elle écrivait aux autorités, se disant injustement séquestrée, portant sur son mari les plus graves accusations. Invité par le parquet à faire connaître mon appréciation sur l'opportunité de sa sortie, je m'exprimais ainsi dans un certificat de situation :

« Est atteinte de délire des persécutions. Cette malade se trouve depuis un certain temps dans un état d'accalmie qui tient uniquement à son genre de vie actuel. Ses anciennes idées délirantes sont loin d'être dissipées ; elles reparaissent dès que la conversation vient à tomber sur son mari. Immédiatement, la jalousie morbide dont elle est animée se réveille ; elle se lance alors dans une foule de récriminations, qui ont trait à son délire actif de persécution. En raison de son irritabilité, de cette jalousie poussée à ses dernières limites, des réactions dangereuses pour son entourage et pour son mari, en particulier, seraient à craindre si elle était rendue à la liberté. A mon avis, son maintien dans un asile d'aliénés est complètement justifié. »

Le 1er février 1894, sur une nouvelle réclamation de M. le procureur de la République, je conseillais un congé d'une quinzaine de jours pour donner satisfaction

à la malade et pour m'assurer de la valeur de la rémission observée. Mais une scène regrettable s'étant produite entre elle et son mari, au moment du départ de l'asile, je renonçai définitivement à ce projet de congé à titre d'essai et j'informai verbalement de ma nouvelle résolution M. le procureur de la République, lors d'une de ses visites à l'asile.

Le 24 mars 1894, un jugement du tribunal de Pontoise ordonnait la sortie immédiate de cette aliénée.

Pour une autre malade, arrivée à l'asile dans un état mental voisin de la stupeur, un jugement du même tribunal était, à peu près à la même époque, rendu dans les formes suivantes :

« Attendu que les réponses de la demoiselle L... nous ont paru empreintes d'un parfait bon sens et d'un entier naturel, que la malade, *représentée par les médecins* comme en proie à des accès de mélancolie, a fait preuve, au contraire, de beaucoup d'entrain et de bonne humeur, que l'appétit et le sommeil lui seraient revenus, etc., ordonne la mise en liberté immédiate. »

Ce jugement pourrait paraître inspiré par une sorte de ressentiment pour le corps médical, si on ne connaissait pas avant tout le caractère impartial de la magistrature. Pourquoi, en effet, ce démenti bien inutile donné aux observations médicales établies par les divers médecins qui ont eu à examiner la malade?

Les certificats de situation, annexés au dossier de cette jeune fille, ne pouvaient laisser place à aucun doute sur l'état d'aliénation mentale. M. le Dr Arnaud, de la maison de santé de Vanves, s'exprimait ainsi dans son certificat de transfèrement :

« Est atteinte de délire mélancolique avec terreurs et refus d'aliments. »

M. le Dr Magnan confirmait ce diagnostic dans son certificat immédiat ainsi formulé :

« Est atteinte de délire mélancolique avec hallucinations probables, aspect inquiet, mutisme, refus d'aliments. »

Mon certificat de quinzaine relatait les mêmes particularités morbides ; il était ainsi libellé : « Est atteinte de stupeur avec mutisme absolu, gâtisme et résistance à l'alimentation. »

La malade a donc été représentée à juste titre comme mélancolique.

Maintenant ce jugement était-il bien nécessaire, était-il justifié ?

Dès que cet état de mélancolie aiguë s'était dissipé, j'avais moi-même pris l'initiative de la sortie de la malade. Un bulletin de santé avait, en effet, été adressé à sa famille à la date du 2 avril 1894, bulletin où je disais :

« La malade a éprouvé une très grande amélioration dans son état mental ; elle est toutefois restée un peu affaiblie à la suite de la crise qu'elle vient de traverser. J'espère pouvoir la faire sortir prochainement. »

Le 20 avril, j'avais, en outre, adressé à M. le préfet de police un certificat de situation dans lequel, tout en constatant la persistance de certains troubles intellectuels, je concluais à la sortie, pour permettre à la malade d'achever sa convalescence dans sa famille.

Ainsi, voilà une malade qui ne réclamait pas sa sortie, dont l'amélioration était signalée par le médecin traitant, dans une note médicale, bien avant la visite des magistrats ; dont la sortie était demandée à l'administration préfectorale par certificat en date du 20 avril et qui a été mise en liberté par jugement du tribunal, en date du 22 du même mois.

La signification du jugement à M^lle^ L..., aurait pu lui occasionner une rechute grave. Elle a été prise d'un tremblement généralisé et d'une telle appréhension à l'idée de sortir seule, que M. le directeur de l'asile a dû demander à M. le procureur de la République, l'autorisation de surseoir à l'exécution du jugement, pour permettre à la famille de venir reprendre la malade.

Enfin, j'ai à vous parler d'une quatrième malade, d'une jeune fille mise également en liberté, par jugement du tribunal de Pontoise, en date du 18 septembre 1894. Attendu, disait ce jugement, qu'il résulte de l'interrogatoire auquel il a été procédé, que cette jeune fille jouit de toutes ses facultés.

Or, M^lle^ S... dont l'observation a été publiée par mon collègue, M. le D^r^ Legrain, était une dégénérée, internée depuis près de huit ans, dans les asiles d'aliénés de Sainte-Anne, Vaucluse, Montauban et Ville-Evrard,

atteinte de perversions sexuelles avec mauvais instincts, irritabilité, impulsions. Par calcul, elle était arrivée, comme le disait le médecin en chef de Montauban, à corriger son attitude, à se montrer tranquille et laborieuse. Moi-même j'émettais un doute sur la sincérité de ses déclarations et je m'exprimais ainsi, dans un certificat de situation adressé au parquet :

« Si d'un autre côté, on se reporte un peu en arrière, et si sou examine les antécédents de la malade, on trouve tout un passé pathologique, gros de menaces pour l'avenir.

« Cette jeune fille a, en effet, toujours été considérée comme une dégénérée, à tendances instinctives dangereuses, privée de sens moral. Comment contrôler ses affirmations ou celles de M^me^ sa mère? La malade, aujourd'hui, nie absolument tout; elle n'a, dit-elle, jamais voulu empoisonner sa mère ; jamais elle ne s'est livrée à aucun acte dangereux, jamais elle n'a provoqué les passants ; jamais elle n'a cédé à des perversions sexuelles ; jamais elle n'a été en proie à des obsessions, à la vue d'enfants ou d'animaux, etc. Certainement, tout en faisant une large part à l'exagération qui se rencontre parfois dans certaines enquêtes, ordonnées à l'occasion du placement des aliénés, on ne peut admettre que tout a été inventé pour obtenir et maintenir ensuite sa séquestration. Comment ne pas tenir compte de certains rapports médicaux basés sur une observation de tous les instants ? Comment ne pas rapprocher l'attitude de la malade à son arrivée à l'asile, de son attitude actuelle, et ne pas mettre en doute sa sincérité? Pour le médecin traitant, l'aveu de certains faits, en lui prouvant que la malade a parfaitement conscience de sa situation antérieure, fortifie en lui l'idée d'une amélioration réelle et durable ; la négation, au contraire, de ces mêmes faits, contribue à mettre le doute dans son esprit et à lui faire craindre la dissimulation.

« Dans le cas actuel, j'estime que l'enquête commencée sur la conduite de la mère (1), à l'égard de sa fille doit être poursuivie ; j'estime, en outre, qu'une expertise mé-

(1) La mère craignait la sortie de sa fille et elle avait cessé ses visites. Son domicile nous était inconnu.

dicale est nécessaire avant de statuer sur l'opportunité de la sortie ou du maintien à l'asile. »

Comme on l'a remarqué plus haut, ma voix n'a pas été entendue. Cette jeune fille a été mise sur le pavé sans soutien, sans appui, après huit ans d'internement et incapable certainement de se diriger et de résister à ses mauvais instincts.

Certes, je suis loin de vouloir critiquer une décision judiciaire qui doit avoir son effet immédiat ; mais il m'est bien permis de regretter une telle lacune dans l'organisation de l'assistance des aliénés. Au moment où la question des sociétés de patronage destinées à venir en aide aux malheureux qui quittent nos établissements, préoccupe, à si juste titre, l'opinion publique ; au moment où nous déplorons des rechutes graves qui n'ont pour origine que la misère, les privations, les difficultés rencontrées par les malades, dès leur sortie de nos services ; ces sorties multiples sans conditions, sans garanties sont, à mes yeux, une cause de danger pour la société et une cause de rechute pour les malades qui semblent en bénéficier.

M. Ramadier (1). — Dans les rapports des médecins d'asile avec les parquets, le genre de malades qui provoque le plus souvent des divergences d'opinion est, sans conteste, cette catégorie de dégénérés aujourd'hui bien étudiée et bien connue qu'on désigne généralement sous le nom de persécutés-persécuteurs. Ces malades sont, si j'ose m'exprimer ainsi, la plaie des asiles et le cauchemar des chefs de service. Ils provoquent, à tout propos, enquête sur enquête, entassent réclamations sur réclamations, savent présenter leurs revendications sous un tel jour qu'elles paraissent fondées. Instruits par l'expérience d'examens multiples déjà subis, ils sont rompus aux interrogatoires, excellent à se dérober derrière des réticences habiles et arrivent souvent à en imposer aux magistrats.

Les erreurs qu'ils leur font commettre partent d'un bon naturel, mais peuvent être grosses de conséquences. Aussi est-il nécessaire de réagir contre cette tendance de la magistrature à se prononcer d'après ses propres

(1) Communication lue par M. Legrain.

impressions, sans demander l'avis de gens compétents ou sans en tenir compte, ce qui revient au même. Cette tendance tient, en grande partie, à un préjugé qui n'est que trop répandu. On nous dit quelquefois en riant : « Vous autres aliénistes, vous voyez des fous partout » ; au fond on le pense et c'est là le mal. Pour le combattre, des faits valent mieux que tous les raisonnements; c'est ce qui m'a engagé à rapporter l'observation suivante dont le récit se passe de commentaires.

UN DÉGÉNÉRÉ PERSÉCUTÉ-PERSÉCUTEUR

Histoire du malade. — Troubles mentaux méconnus par le tribunal. — Mise en liberté par un jugement rendu contrairement à l'avis du médecin traitant et sans expertise contradictoire. — Episodes qui accompagnent la sortie du malade. — Sa réintégration un mois et demi après.

Dans la famille de X..., dont nous allons raconter l'histoire, on trouve des tares héréditaires multiples. Nous citerons notamment le grand-père paternel de X... qui a été aliéné, un oncle qui a émigré dans l'Amérique du Sud et dont les enfants ont été des types de déséquilibrés, une sœur faible d'esprit.

Les premières anomalies relevées chez X... remontent à l'époque de sa première communion et furent de courte durée ; l'esprit de X..., à ce moment, était tourmenté par des hésitations et des doutes de toute nature, en particulier par la crainte de faire une mauvaise confession.

X... a reçu une éducation assez soignée ; au sortir du collège, il entra chez un notaire en qualité de clerc ; il exerça tout d'abord cette profession dans sa ville natale, puis successivement dans plusieurs localités environnantes. Ses patrons étaient très contents de son travail, mais sa conduite était bizarre, il était peu expausif, s'isolait, vivait à l'écart ; dans quelques conversations, il laissait percer des craintes imaginaires, puis il en arriva à formuler peu à peu des accusations précises basées sur l'interprétation délirante de faits insignifiants par eux-mêmes : la franc-maçonnerie était acharnée après lui, et dans la franc-maçonnerie il engloba

progressivement presque tous les habitants de sa ville natale, jusqu'à sa mère et ses sœurs. Ainsi entouré d'ennemis il a tout à craindre ; aussi se méfie-t-il et se tient-il sur ses gardes. Sa mère inquiète à son sujet avait fait disparaître, en les vendant à un armurier, des armes qui étaient dans la maison, il les rachète ; il porte presque toujours sur lui un revolver ; la nuit il se barricade dans son appartement avec des tables et autres meubles. Tout lui est suspect ; chez lui il remarque mille faits étranges qui servent de prétexte à de fréquentes scènes de violence. La conduite de ses sœurs qui habitent avec lui le préoccupe ; il faut dire que l'une d'elles, qui a quitté le pays, a eu un enfant à l'âge de quatorze ans et que cet accident apporta un grand trouble dans la famille, mais les deux autres, qui sont restées, n'ont jamais justifié le moindre soupçon. Cependant X... a peur à leur sujet ; il fait de telles scènes qu'elles en arrivent à ne plus sortir de la maison pour le calmer et éviter ses accusations ; malgré cela, il finit par se convaincre qu'elles mènent une vie de débauche et l'entraînent avec elles dans le déshonneur. Il ne veut plus vivre à leurs côtés et quitte le pays pour aller s'installer à T...

Dans cette ville il lui arrive un jour de perdre un petit chien qui fut retrouvé, au reste, peu de temps après ; il croit qu'on le lui a volé, va se plaindre à la police dont il invoque la protection et, à partir de ce moment, il s'imagine qu'une bande mystérieuse de voleurs de chiens s'acharne après lui : tout individu à l'aspect un peu débraillé, rencontré dans la rue, est un agent de cette bande. Lorsqu'il sort, il se retourne souvent pour voir s'il n'est pas suivi ; un jour, croyant l'être, il s'adosse à un mur, la main à la poche qui renferme son revolver, résolu à défendre chèrement sa vie, mais son attitude énergique a effrayé ses ennemis qui passent à distance sans s'arrêter.

Au bout d'un certain temps, X... rentre dans sa ville natale ; l'époque de faire ses vingt-huit jours arrive, mais il est tellement troublé que sa famille, se basant sur son état psychique, sollicite et obtient pour lui un sursis. Il paraît se calmer et être moins tourmenté, aussi à l'expiration du sursis le laisse-t-on

mettre en route. Il arrive à M... où il doit être incorporé, descend dans un hôtel; les allures des garçons lui paraissent louches, il remarque des signes bizarres, télégraphie alors à sa mère de venir le rejoindre immédiatement, se rend ensuite au bureau du commissaire de police pour demander l'adresse du procureur de la république. On lui répond qu'on va l'y conduire et on le fait accompagner par un agent. En route, X... se remémore certain crime lu dans un journal qui a été commis par un sergent de ville, il prend peur, veut fuir, l'agent l'en empêche, une lutte s'engage, X... sort son revolver de sa poche et tire sans blesser heureusement personne.

A la suite de cet attentat X... fut reconnu aliéné et interné à l'asile de Le médecin de cet établissement le déclare atteint de « manie des persécutions avec perversions sensorielles ». Au bout de deux ans, il est transféré, sur la demande de sa famille, à l'asile privé de ... Ce fut là qu'il commença à assaillir de ses réclamations différentes autorités. Il fit tant et si bien que la direction de l'asile, lassée des enquêtes qu'il provoquait et des suspicions qu'il faisait peser sur elle, invita sa famille à le placer autre part. Le certificat de transfert délivré à ce moment est ainsi formulé : « Les faits observés à l'asile de ... ressortent du délire des persécutions, mais dissimulés avec soin et qu'on ne retrouve que dans les écrits. En outre, dénaturant tous les faits qui se passent autour de lui, X... voit partout : exactions, brutalités, parti pris de contrarier les malades. S'érige en justicier, cherche à exciter ses camarades, veut quelquefois s'opposer à l'exécution des mesures prescrites. De plus nombreux faits de délire des actes tels que obstination à n'accepter que ses plus mauvais vêtements quelle que soit leur détérioration, à ne vouloir prendre place qu'à la dernière table avec un seul plat. Parti pris de ne pas répondre sur l'attentat de M... et l'association d'idées qui l'a provoqué. Ablutions le torse nu, quelle que soit la saison, sous le robinet de la fontaine du préau, se servant de gravier en guise de savon. Demandes réitérées pour obtenir qu'on lui rase la face et le cuir chevelu, pour que rien ne s'oppose au bénéfice de ces ablutions qu'on doit rapporter à des idées

délirantes de purification, etc. En résumé, délirant chronique dangereux. »

X... arrive à l'asile de... où nous l'avons connu. Dès son arrivée il se montre très réticent, il s'exprime avec une grande aisance, mais a soin de peser chacune de ses paroles de crainte de se compromettre ; il possède au plus haut degré le talent d'éluder les questions embarrassantes ; si on le serre de trop près, il ne répond pas, allègue pour justifier son silence une perte de mémoire possible. « On trouve, dit-il, des exemples de ce genre dans la science. D'ailleurs, je ne veux pas donner des verges pour me faire battre ; les sentiments de prudence me sont recommandés, j'ai eu l'occasion de m'en apercevoir bien des fois au cours de mon existence. » C'est surtout l'excès de sa méfiance qui permet de soupçonner l'existence et la nature de ses préoccupations délirantes. A de rares intervalles, cependant, il se trahit au cours de la conversation. C'est ainsi qu'il ne peut s'empêcher de laisser paraître son animosité contre sa mère et ses sœurs ; mais il se garde bien de préciser les griefs qu'il a contre elles. Un jour, il laisse aussi échapper quelques mots qui attestent assez l'importance du rôle que joue l'hypnotisme dans son délire. Il n'éprouve pas les mêmes hésitations pour exprimer les idées philanthropiques qui hantent son esprit. Il rêve sinon le bonheur des malades, du moins l'amélioration de leur sort et propose fréquemment, dans ce but, des réformes qu'il serait heureux de voir réaliser à ses frais.

Si son délire ne s'affirme pas toujours très nettement dans ses paroles, il se retrouve fréquemment dans ses actes et dans ses écrits. Ainsi, il refuse d'accepter la moindre des choses de sa famille ; sous prétexte que sa fortune personnelle n'est pas assez considérable, il ne veut pas du régime de la troisième classe et à plus forte raison de celui de la première que sa mère lui offre. Si l'on essaye de l'y contraindre, il résiste avec un entêtement inouï et, en guise de protestation, il se réduit, selon son expression, à la portion congrue, c'est-à-dire qu'il ne mange que d'un seul plat de légumes et ne prend pas le moindre morceau de viande.

Il est aussi impossible de lui faire revêtir des habits que sa mère lui a fait confectionner : une fois même il

préfère rester couché quarante-huit heures plutôt que de les mettre, il déclare formellement que, si on le pousse à bout, il n'hésitera pas à les déchirer comme il l'a déjà fait à... En présence de cet entêtement on est obligé de lui donner des vêtements identiques à ceux que fournit l'asile aux malades indigents.

En dehors du cachet d'originalité que donne à la plupart de ses actes la méfiance excessive que montre X... en toutes circonstances, sa conduite présente de nombreuses bizarreries. Je ne citerai que la suivante qui paraît se rattacher à la crainte obsédante d'un contact impur. X... consacre chaque jour des heures entières à sa toilette et, en particulier, au lavage de ses parties génitales ; il s'étonne qu'on trouve un peu trop prolongée cette séance quotidienne du lavage intime, et est encore plus surpris que d'autres n'imitent pas son exemple.

Depuis plusieurs années privé de sa liberté, X... n'aspire qu'à la reconquérir. Dès son arrivée à, il dresse dans ce but son plan de campagne ; il s'adressera à sa mère d'abord, aux autorités ensuite. Il écrit à sa mère à assez courts intervalles une série de longues lettres dont certaines n'ont pas moins de seize pages, en même temps qu'il adresse des réclamations réitérées aux diverses autorités administratives et judiciaires. Il attache à chacune de ses missives une importance considérable, et, toujours méfiant, pour s'assurer qu'elles n'ont pas été retenues et pour que leur destinataire ne puisse nier les avoir reçues, il réclame, ce qu'on lui accorde, qu'elles soient recommandées à la poste et exige, en outre, chaque fois, un accusé de réception. Les longs plaidoyers qu'il adresse à sa famille, dont j'ai eu connaissance, sont émaillés de passages où son délire s'affirme dans toute sa netteté. X... se croit la victime d'un ennemi puissant qu'il ne voit pas, mais dont il retrouve la main en toutes choses, « esprit sans corps qui s'efforce d'être encore plus malicieux que méchant et qui se contente de l'empire tyrannique qu'il a sur lui sans le détruire ». Malgré cet ennemi, il doit sortir de l'asile ; il veut vivre libre au dehors. Que ce soit la franc-maçonnerie ou toute autre société secrète qui s'acharne à sa poursuite, quels que soient les moyens, procédés occultes,

hypnotisme, intimidation, conseils, etc., qu'on emploie pour lui nuire, quelques terribles que soient les représailles qu'on lui laisse entrevoir, il ne saurait faire le sacrifice de son indépendance. Il lui sera d'ailleurs facile de se soustraire aux coups de ses adversaires. D'abord il se mettra sous la protection de l'Etat, intéressé à ce que le scandale dont il a été la victime soit à tout jamais ignoré du public ; ensuite, si cela ne suffit pas, il fera intervenir la presse qui le prendra sous sa sauvegarde. Il aura aussi la ressource de s'adresser au pape. Enfin, ne lui serait-il pas possible, par une fuite en ballon, de dépister ses ennemis? Il se demande avec inquiétude pourquoi et dans quel but on le traque ainsi ; s'est-il attiré quelque inimitié personnelle ou a-t-il été, dès sa naissance, destiné à servir de victime expiatoire pour des faits dont il ne peut être l'auteur? Telles sont les questions qu'il se pose sans arriver à les résoudre. Tout est mystérieux dans son affaire ; il faudrait que la lumière se fît en dépit de toutes les influences contraires. Au bout de quelques mois, X... commence à douter de l'énergie de sa mère, il se demande si elle agit ainsi qu'il l'en a priée et en arrive à perdre toute confiance dans le résultat des demandes qu'elle doit faire pour lui. Il se persuade qu'il n'obtiendra gain de cause que par l'entremise d'un avocat intelligent et honnête qui prendra en main son affaire et s'en occupera activement. Il sollicite alors l'autorisation de communiquer librement avec une série d'avocats jusqu'au jour où il en aura trouvé un qui le comprenne et soit digne de plaider sa cause. Il veut s'adresser à MM. Millerand, Jaurès, etc. Ses réclamations à diverses autorités judiciaires et administratives se multiplient ; le tribunal intervient alors, désigne trois de ses membres pour statuer sur le cas de cet aliéné et sur la nécessité de son maintien à l'asile. L'ordonnance du tribunal commettant un juge pour venir l'interroger est communiquée à X... qui déclare qu'il se refusera à comparaître devant ce magistrat sans être assisté d'un défenseur chargé de veiller à ce qu'on n'interprète pas mal ses propos ; le jour même, il fait connaître sa détermination au juge commis et au procureur de la République par lettre recommandée avec accusé de réception. Quatre jours plus tard, le délégué du tribu-

nal se rend à l'asile pour procéder à l'interrogatoire ; après de longues hésitations, X... consent à parler et signe enfin le procès-verbal ; il se comporte de même lors d'un second interrogatoire. Mais il ne tarde pas à s'en repentir. Il n'augure rien de bon, en effet, de l'intervention de la justice ; il craint qu'on ne veuille le conduire en prison et lui demander compte de l'attentat de M..., il a peur, il détruit les brouillons de ses lettres qu'il conservait précieusement de crainte qu'on ne s'en serve contre lui. Il désire arrêter l'affaire, il ne veut pas devoir sa mise en liberté à une action officielle quelconque, mais à des « moyens purement officieux ».

Peu de jours après le dernier interrogatoire dont nous avons parlé, le tribunal prononce un jugement ordonnant la sortie immédiate de X..., cela, contrairement à l'avis du médecin traitant, basé sur de nombreux extraits de lettres du malade joints à un certificat très détaillé et sans qu'il ait été procédé à une expertise médicale contradictoire.

L'huissier chargé de signifier le jugement à X... se présente à l'asile à sept heures du soir. On fait appeler X... au parloir, X... refuse de quitter le quartier. L'huissier est introduit dans la section et donne lecture à X... du jugement, ce dernier proteste et déclare à l'huissier ahuri qu'il a été placé à l'asile par sa famille et qu'il ne s'en ira pas sans s'être concerté avec elle. Après le départ de l'huissier, X... refuse de quitter l'asile immédiatement et sollicite l'autorisation d'y passer la nuit ; on finit par y consentir. Le lendemain matin il hésite encore à partir ; mais, comme on lui a déclaré qu'on l'expulserait au besoin par la force, il s'y décide. Une fois dehors, il se rend chez un ami qui avait fait des démarches officieuses pour lui auprès du tribunal et n'avait jamais voulu admettre qu'il fût autre chose qu'un simple original.

Arrivé chez lui, comme son ami est émotionné en le voyant, il trouve que ses allures ne sont pas naturelles, lui adresse des reproches et, mis en méfiance, refuse d'accepter la nourriture qu'il lui offre ainsi que de l'argent. Il sort de chez cet ami, va acheter un petit pain chez un boulanger et boit à une fontaine publique de l'eau recueillie dans son chapeau. Quelques heures

plus tard, il part pour son pays avec sa mère qui, prévenue par dépêche, est venue le rejoindre.

A peine quelques jours se sont-ils écoulés depuis sa sortie, que X... écrit au médecin de l'asile plusieurs lettres pour se plaindre des personnes qui l'ont fait mettre en liberté. Il est continuellement préoccupé, il n'ose sortir de chez lui et se calfeutre à domicile. Ce n'est qu'à la nuit tombante qu'il se décide parfois à rendre visite à quelques amis. Il vit dans un état d'angoisse perpétuelle ; il voit partout des embûches, des ennemis et, se sentant menacé, cherche les moyens de se préserver, annonce à diverses reprises l'intention de partir la nuit au hasard des chemins ; s'il le pouvait, il filerait en ballon au gré des vents et irait atterrir n'importe où, dans un pays inconnu ; il échapperait ainsi aux poursuites de ses ennemis qui, malgré tous les moyens dont ils disposent pour pénétrer sa pensée (hypnotisme, procédés occultes), ne pourraient arriver à connaître sa destination qu'il ignorerait lui-même.

Désespéré, il en arrive à des idées de suicide, si bien qu'on est obligé de le faire garder nuit et jour. Deux médecins constatent la gravité de son état et la nécessité de le faire interner à nouveau. Le procureur de la République de la ville qu'il habite, écrit lui-même à son collègue du parquet qui a fait mettre X... en liberté, pour lui signaler la situation du malade et demander sa réintégration à l'asile. Cette solution s'est d'ailleurs déjà présentée à l'esprit de X... qui la réclame avec instance.

X... rentre à l'asile un mois et demi après sa sortie, avec un certificat signé de deux docteurs et remet en même temps au médecin la déclaration suivante écrite de sa main : « Je me sens souffrant avec une maladie de nature à ne pas me laisser la liberté complète de mes idées ; sentiments d'appréhension plutôt qu'état déjà arrivé. C'est pourquoi j'ai cru devoir réclamer un nouvel internement en attendant que le calme de mes idées soit revenu à l'état normal. »

Depuis sa réintégration, X... est relativement calme, il ne réclame plus sa mise en liberté. Lorsque des autorités judiciaires ou autres viennent à l'asile, il se tient à l'écart, et si, malgré cela, on l'interroge, il déclare n'avoir qu'un seul désir, c'est qu'on ne s'occupe pas de lui : on

n'a pas compris ce qu'il voulait, et il regrette trop ce qu'on a fait à son égard. Il s'occupe à soigner les malades alités et s'inquiète des améliorations qu'on doit apporter à l'asile ; parfois il s'indigne contre la nonchalence des pouvoirs publics qui ne votent pas les fonds nécessaires pour l'amélioration du bien-être des malades. A différentes reprises il a eu l'intention de rédiger un mémoire où il exposerait les réformes nécessaires ; mais bien qu'il ait été encouragé dans cette voie, il a toujours reculé par crainte de se compromettre. Il continue comme par le passé à ne pas vouloir accepter une nourriture autre que celle des indigents, ni porter des effets différents des leurs ; il fait acheter de temps en temps du tabac ou quelques friandises et les distribue à ses camarades ; quant à lui il n'y touche pas.

La séance est levée à six heures.

PAUL SOLLIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX AMÉRICAINS

American Journal of insanity.

ANNÉE 1892.

I. — *L'éducation physique des enfants ;* par le Dr Walter Channing (numéro de janvier). — Partant de ce fait que les individus dont le système nerveux est instable et d'une sensibilité exagérée sont tout spécialement aptes à verser dans la folie ; qu'il en est ainsi notamment des enfants qui ont en quelque sorte le tempérament neurasthénique, et qui souvent, vers l'époque de la puberté, sont atteints de maladie mentale, le Dr Channing insiste sur les avantages que peut présenter pour ceux-ci en particulier, et pour les enfants en général, une éducation physique soigneusement développée. Il demande que pour ceux qui n'ont pas une santé robuste l'éducation intellectuelle ne soit pas trop exclusivement pratiquée. Précepte excellent ; mais encore faut-il qu'on ne tombe pas dans l'excès contraire et qu'on ne fasse que de l'éducation physique.

II. — *Massage mécanique ;* par le Dr B. D. Eastman (numéro de janvier). — L'auteur estime que le massage peut être utile à certains aliénés chez qui les fonctions soit de certains organes, soit des mouvements, sont ralenties et troublées. Sous le nom de massage, il considère à la fois des frictions et des mouvements artificiels imprimés aux membres ou à tout le corps. Pour en faciliter l'application, il a construit et il décrit un appareil assez ingénieux, dont les gravures font bien comprendre la disposition, et qui, dit-il, lui a rendu des services réels.

III. — *Les causes de la folie ;* par le Dr Chas. E. Atwood (numéro de janvier). — Les deux grands facteurs de la folie sont l'hérédité et l'instabilité nerveuse. Ces deux agents ne constituent cependant qu'une prédisposition à laquelle les diverses circonstances de la vie pourront donner plus ou moins d'importance. Le Dr Atwood estime que l'hérédité maternelle est la plus habituelle. En ce qui concerne la condition des indi-

vidus, il a trouvé autant d'aliénés parmi les gens mariés que parmi les célibataires. Selon lui, une éducation vicieuse conduit aisément à la folie. Les coups à la tête amènent souvent du dérangement intellectuel. Les divers âges critiques de la vie, les maladies utéro-ovariennes, les influences morales sont des causes fréquentes. Comme le Dr Channing, le Dr Atwood insiste sur les avantages de l'éducation physique pour empêcher le développement de la folie chez les individus prédisposés.

IV. — *Du régime alimentaire dans le traitement de la folie ;* par le Dr Selden H. Talcott (numéro de janvier). — Partant de ce principe que la folie résulte essentiellement d'affaiblissement physique et d'épuisement cérébral, le Dr Talcott estime avec raison que l'alimentation doit être la base du traitement, surtout dans les formes simples, et il ajoute qu'elle doit à la fois être abondante, bien choisie et appropriée aux besoins de l'organisme. Il est un partisan déclaré de l'alimentation forcée et y recourt sans tarder lorsque la persuasion n'amène pas les malades à manger. Enfin, comme aliment, il choisit de préférence le lait, et il insiste beaucoup sur les avantages qu'il y a à le donner chaud plutôt que froid.

V. — *Influence de la musique sur l'esprit ;* par le Dr G. Alder Blumer (numéro de janvier). — Cet article est le texte d'une conférence où le Dr Blumer a entretenu ses auditeurs d'une manière aussi agréable, on serait tenté de dire aussi harmonieuse, que s'il leur eût fait entendre la meilleure musique. Il doit être musicien, car il a parlé de la musique en amateur, et a montré l'influence heureuse qu'elle peut exercer sur l'homme en bien des circonstances. Les malades lui doivent souvent l'oubli momentané de leurs maux ; ceux qui sont dans la tristesse lui doivent quelques instants joyeux. L'enfant lui-même est sensible à ses charmes et se laisse endormir aux chansons de sa nourrice. Point de bonne fête sans musique ; point de réjouissances qu'elle ne contribue à augmenter.

Dans un autre ordre de faits on voit la musique entretenir ou ranimer dans la bataille l'ardeur du soldat.

En ce qui concerne les aliénés, on a vu souvent la musique exercer sur eux une bonne influence. Le Dr Blumer estime qu'on ne saurait la regarder comme un véritable moyen de traitement, et l'expérience a montré en effet qu'elle n'avait pas, à ce point de vue, l'action qu'on avait cru devoir attendre d'elle ; mais en quelques cas, cependant, elle s'est montrée réellement utile.

On peut, par conséquent, et d'une manière générale, la considérer comme un bon moyen de traitement moral.

VI. — *Méthode scolaire de travail dans les asiles;* par le Dr Edward Cowles; — *Club Journal;* par le Dr Henry M. Hurd (numéro de janvier). — Ces deux articles visent un même but : l'organisation dans les asiles d'une méthode de travail profitable à la fois aux médecins déjà expérimentés et aux étudiants, dans laquelle chacun apporterait les fruits de son initiative et de son expérience, et où l'on utiliserait toutes les ressources de laboratoire et de clinique offertes par l'asile. Dans des réunions régulières seraient discutés des sujets choisis d'avance et que chacun aurait cherché à élucider. Le *Club Journal* serait l'attribution d'une ou plusieurs conférences au compte rendu sommaire, fait par un membre désigné, de tous les articles, mémoires, travaux produits sur tel ou tel sujet. Assurément si le personnel médical des asiles d'aliénés pouvait établir la méthode ainsi préconisée, il pourrait en retirer les plus grands avantages.

VII. — *L'état de rêve et ses corrélations psychiques;* par le Dr Henry Smith Williams (numéro d'avril). — Etude purement psychologique, qui ne peut guère se résumer, et qui repose sur cette notion principale que l'état de rêve est une condition normale du fonctionnement intellectuel. L'auteur, à l'instar de Lasègue, établit une analogie entre l'état de rêve et certains délires des aliénés.

VIII. — *Folie et maladies rénales;* par le Dr George T. Tuttle (numéro d'avril). — Cinq observations, trois de mélancolie simple, deux de manie, où l'urine ayant été analysée, on y découvrit de l'albumine; les malades guérirent sans présenter les symptômes de maladies rénales. Ayant en outre analysé les urines de deux cents autres malades, l'auteur pose les conclusions suivantes basées soit sur ses propres recherches, soit sur les travaux d'autres observateurs :

La néphrite chronique détermine quelquefois du trouble mental qui est réellement une sorte d'insanité.

La persistance de l'anxiété et de la dépression peuvent amener dans l'urine des dépôts d'albumine, d'hyaline, d'épithélium et de sang, en même temps que le malade a quelquefois de l'œdème.

La maladie rénale peut être transitoire; mais si la folie persiste elle peut se transformer en néphrite chronique.

Contrairement à l'opinion générale, les maladies des reins sont communes chez les aliénés.

IX. — *Le bichlorure d'or pour le traitement de l'ivrognerie;*

par le Dr H.-M. Bannister (numéro d'avril). — Pendant un certain temps il y eut en Amérique une vogue extraordinaire pour le traitement préconisé contre l'ivrognerie par un Dr Keeley, qui vit affluer auprès de lui des milliers d'hommes adonnés à la boisson. Le Dr Keeley employait un remède secret qu'il administrait en injections hypodermiques, et soumettait les gens à un régime et à diverses prescriptions assez sévères. Il obtenait des résultats merveilleux.

Son remède fut analysé, et on crut reconnaître qu'il se composait de chlorure d'or et de sodium, de nitrate de strychnine et d'un mydriatique, atropine ou hyoscine.

Le Dr Bannister examine la valeur du traitement en question, et après avoir judicieusement blâmé, au point de vue déontologique, l'usage d'un remède secret, il constate que ce qui en a fait le succès, c'était moins les agents pharmaceutiques que la mise en jeu de la volonté et des bonnes intentions des malades.

X. — *Le restraint mécanique dans le traitement des aliénés;* par le Dr W.-L. Worcester (numéro d'avril). — Adversaire déclaré des moyens de contrainte chez les aliénés, l'auteur reconnaît cependant qu'il est difficile d'en éviter l'emploi dans les cas suivants : Etat permanent de violence ou de tendances destructrices ; habitudes de malpropreté, notamment chez des individus qui prennent leurs excréments avec les mains ; propension au suicide nécessitant une protection constante.

Le Dr Worcester ne place pas l'isolement en cellule parmi les moyens de contrainte, et il en fait volontiers usage.

Enfin il se déclare peu disposé à substituer les narcotiques à la contrainte dans la plupart des cas.

XI. — *Etude des lois et conditions qui règlent la conduite de l'homme;* par le Dr H. Tyler (numéro d'avril). — Comme point de départ, il faut admettre les postulata suivants : l'homme est dirigé par des lois ; il est une partie de l'univers, et sa conduite n'est qu'une partie des phénomènes de la nature ; enfin le principe de l'évolution doit être considéré comme bien établi.

Cela entendu, le Dr Tyler arrive à conclure que :

La conduite de l'homme est réglée par les circonstances et le milieu. Lorsque ce milieu est permanent, il donne des habitudes régulières. Certaines modifications de structure découlent des habitudes ; l'hérédité les transmet à travers les générations, et les changements qui surviennent sont toujours déterminés par les circonstances.

XII. — *Trois faits cliniques;* par le Dr C.-K. Clarke (numéro d'avril).

A. Il est de règle de regarder comme incurable toute maladie mentale qui a plus de deux ans de durée, ou bien celle qui présente des hallucinations systématisées et persistantes. Le Dr Clarke rapporte l'observation d'une femme admise en 1884 à l'asile de Kington, à l'âge de trente-quatre ans, qui était mélancolique, et pendant plusieurs années eut les mêmes hallucinations et des tendances au suicide, et qui cependant, en 1892, arriva à une guérison réelle.

B. Observation d'une femme de trente-huit ans qui fut atteinte de manie aiguë à la suite d'éclampsie ; elle guérit.

C. Histoire abrégée d'un homme qui depuis plusieurs années passait chaque hiver dans un état de léthargie prolongée. Il était de famille névropathique.

XIII. — *Discours prononcé à l'Association des directeurs-médecins des asiles d'aliénés des Etats-Unis,* 46e *Congrès annuel;* par le Président sortant, Dr Daniel Clark (numéro de juillet). — Etude exclusivement psychologique sur les rapports du corps et de l'esprit.

XIV. — *Folie consécutive aux fièvres;* par le Dr Henry M. Hurd (numéro de juillet). — Le caractère prédominant de cette sorte de folie, c'est la confusion mentale. Elle survient dans trois conditions principales : 1° par suite d'ébranlement nerveux (grandes opérations chirurgicales, accouchement, état puerpéral, etc.) ; 2° par intoxication spécifique (fièvres diverses, pneumonie, urémie, influenza, alcoolisme, toxiques divers, etc.); 3° par anémie et épuisement nerveux.

L'hérédité joue un rôle important dans la production de la folie consécutive aux fièvres.

D'après ses observations, le Dr Hurd a constaté que si cette folie est habituellement curable, elle laisse souvent après elle de la débilité mentale.

XV. — *Troubles de la parole chez les aliénés;* par le Dr T.-H. Kellogg (numéro de juillet). — Courte revue de ces différentes sortes de troubles, qui sont examinés à deux points de vue différents, suivant leur cause organique, dans la paralysie générale, l'alcoolisme et les diverses intoxications, la démence par lésion cérébrale, l'idiotie et l'imbécillité, ou suivant leur manière d'être, formation de mots nouveaux, répétition des mots en forme d'écho, gestes remplaçant le langage, accélération ou retard de la parole, mutisme, impuissance de parler.

Parmi les considérations les plus intéressantes à relever, constatons que suivant le Dr Kellogg le trouble de la parole dans la paralysie générale est de nature ataxique, tandis que dans l'alcoolisme il est de nature paralytique, ou mieux parétique; que le tremblement, l'hésitation peuvent exister dans des maladies non organiques ; que le mutisme consécutif à la démence peut cesser momentanément sous l'influence d'une excitation transitoire ; que la cécité et la surdité verbales sont communes dans la paralysie générale.

Le mémoire tout entier mérite d'être consulté.

XVI. — *Origine de la folie;* par le Dr R.-M. Bucke (numéro de juillet). — En mettant de côté le traumatisme, les coups de soleil et la syphilis qui, selon lui, ne sont que rarement cause de folie, le Dr Bucke estime que l'on peut ne rapporter celle-ci qu'à une double origine, d'une part l'hérédité, et d'autre part la fatigue mentale, émotive ou matérielle. Il développe surtout cette considération que si la race aryenne est plus que les autres exposée à la folie, c'est que ses facultés mentales sont plus développées.

XVII. — *Traitement de l'hématome de l'oreille;* par le Dr Henry Smith Williams (numéro de juillet). — Après avoir passé en revue les divers modes de traitement essayés contre l'hématome, et qui tous ont été plus ou moins infructueux, l'auteur constate d'abord que si on prend un hématome au début, on peut, à l'aide d'une compression légère, empêcher son développement, et faciliter la résorption de l'épanchement. Quand l'hématome est formé, on peut, et c'est là le procédé que préconise le Dr Williams, empêcher l'oreille de se déformer en la couvrant d'une couche de collodion. Il suffit d'appliquer celui-ci sur la face interne du pavillon; on doit l'étendre par couches, appliquées à des intervalles de quinze minutes, jusqu'à ce que l'épaisseur en soit convenable. Dès que l'enveloppe tend à s'enlever, il faut la remplacer.

Cette pratique a donné à l'auteur d'excellents résultats.

XVIII. — *Unification des lois des Etats-Unis pour l'internement des aliénés;* par le Dr Stephen Smith (numéro d'octobre). — Ces lois sont d'une diversité extrême, comme on peut en juger par l'exposé qu'en fait le Dr Smith. Suivant les Etats, en effet, cet internement se fait sur décision :

1° D'un juge de paix ;

2° D'un juge ordinaire après enquête ;

3° D'un jury ordinaire ;

4° D'un jury mixte comprenant moitié médecins ;
5° Du chancelier de l'État ;
6° D'une commission nommée par un juge ;
7° Des inspecteurs du service des aliénés ;
8° D'un conseil institué près des asiles ;
9° Enfin d'un ou plusieurs médecins.

Le Dr Smith donne les raisons qui rendent ce dernier système le meilleur ; il demande que les médecins soient au moins deux, qu'ils soient pourvus d'un titre régulier et qu'ils soient réellement praticiens, qu'ils n'aient aucune accointance avec l'établissement où devra être interné le malade, enfin qu'ils aient vu celui-ci depuis moins de huit jours.

XIX. — *De quelques progrès à réaliser dans le traitement des maladies récentes ;* par le Dr John B. Chapin (numéro d'octobre). — Ce que demande principalement le Dr Chapin, c'est la séparation des aliénés incurables et des curables ; c'est encore qu'on ne fasse pas trop d'agglomération dans les asiles. A son avis, un bon nombre de malades, ceux notamment qui sont atteints de manie aiguë, ceux qui ont surtout de l'épuisement nerveux, gagneraient à être bien isolés des autres.

XX. — *Des motifs qui règlent les actes criminels des aliénés ;* par le Dr H.-E. Allison (numéro d'octobre). — Etude basée sur un certain nombre de faits médico-légaux, et qui tend à battre en brèche la règle absurde qui n'admet la folie comme excuse médico-légale que dans les cas rares où l'individu n'est pas capable de discerner le bien du mal. Le Dr Allison montre que les aliénés deviennent criminels sous l'influence des hallucinations de l'ouïe, des hallucinations de la vue, des idées de persécution et des craintes d'empoisonnement.

Année 1893.

I. — *Conséquences mauvaises d'une éducation morale trop restreinte ;* par le Dr Charles W. Page (numéro de janvier). — Nous n'avons pu traduire à la lettre le titre de ce mémoire où l'auteur s'efforce de démontrer que certaines tendances des aliénés, surtout des mélancoliques, proviennent de ce qu'ils ont été accoutumés à surveiller trop étroitement leurs sentiments, à écarter et à réprimer les moindres idées de mal. Il en serait ainsi notamment chez les gens trop scrupuleux qui, devenant aliénés, auraient surtout des idées de damnation, la crainte de l'enfer, etc. Mais on ne saurait accorder au Dr Page qu'il en

soit toujours ainsi, ear il y a des mélaneoliques à idées de damnation qui n'étaient ni très serupuleux, ni très religieux avant de tomber malades.

II. — *Traitement de l'imbécillité par une opération chirurgicale ou par l'éducation ;* par le Dr Frank P. Norbury (numéro de janvier). — L'auteur pense que l'éducation est seule effieaee dans le traitement de la faiblesse d'esprit et de l'imbéeillité. Il repousse d'emblée l'intervention ehirurgieale en se basant sur ee que la synostose eranienne prématurée n'est pas la eause du défaut de développement des eireonvolutions eérébrales ehez l'enfant.

III. — *Ablation des ovaires comme traitement de la folie;* par le Dr Thomas G. Morton (numéro de janvier). — Le Dr Morton estime que eette opération ne peut amener aueune amélioration de maladie mentale, et il eite l'opinion d'un juriseonsulte distingué, Thomas W. Barlow, qui, en ee qui eoneerne les aliénés, ineapables d'y donner leur eonsentement, la regarde eomme illégale et injustifiable.

IV. — *De la folie comme excuse du crime ;* par les Drs J.-W. Springthorpe et W. L. Mullen (numéro de janvier). — Il s'agit iei des règles suivies par les tribunaux d'Australie relativement aux aliénés eriminels. Ces tribunaux appliquent eneore la loi anglaise, qui n'admet l'irresponsabilité que dans le eas où l'individu est ineapable de diseerner le bien du mal. Les auteurs déelarent que eette loi est fausse en théorie, eruelle dans sa eoneeption métaphysique et d'une applieation peu pratique. Ils voudraient voir en Australie les règles suivies par d'autres pays d'Europe, notamment eelles de Franee.

V. — *La folie dans ses rapports avec la loi ;* par le Dr F. Norton Manning, inspeeteur général des aliénés dans la Nouvelle-Galles du Sud (numéro de janvier). — Ce mémoire, eomme le préeédent, a été lu dans un Congrès tenu à Sydney, en septembre 1892, et il tend absolument aux mêmes fins.

VI. — *Les adjuvants du traitement médical des aliénés dans les asiles* ; par le Dr M.-J. White (numéro d'avril). — Si le traitement médical proprement dit, eomprenant surtout les toniques et une bonne alimentation, doit être la base de la thérapeutique des aliénés, on se trouvera bien d'autres moyens tels que le travail et un exereiee aetif. Le Dr White attaehe une eertaine importanee aux distraetions, aux fêtes, aux réunions musieales ; il eroit aussi à l'effieaeité de l'hypnotisme.

VII. — *Trional et tétronal ; leur emploi comme hypnotiques*

et sédatifs chez les aliénés ; par le Dr W.-M. Mabon (numéro d'avril). — Quoique ces deux médicaments soient de même ordre, le trional semble être plutôt un agent hypnotique et le tétronal un sédatif. A la dose de 1 gramme, le trional, pris dans du lait chaud, donne de six à neuf heures d'un sommeil exempt de rêves. L'effet se produit en moins d'une demi-heure. Le tétronal est hypnotique aux mêmes doses que le trional ; mais il donne un sommeil moins bon, tandis que, pris à la dose de 30 à 60 centigrammes, plusieurs fois répétée, il produit un calme marqué.

VIII. — *Le sang dans la mélancolie et les effets d'un traitement tonique régulier ;* par le Dr Whitmore Steele (numéro d'avril). — Dans la mélancolie, on trouve presque toujours une grande diminution des hématocytes ; l'hémoglobine diminue en quantité proportionnelle. Les globules sont généralement déformés, et l'on voit leur déformation diminuer à mesure que l'amélioration se produit. Le traitement tonique doit être employé d'une manière continue et systématique ; le fer est le meilleur agent tonique ; il agit aussi bien seul que combiné au quinquina et à la strychnine.

IX. — *Le nouvel asile d'aliénés de Boston ;* par le Dr Théodore W. Fisher (numéro de juillet). — Description intéressante, qui ne peut se résumer. L'asile est composé d'un bâtiment central, contenant les services généraux et de divers pavillons isolés.

X. — *Statistique des aliénés dans la Nouvelle Galles du Sud, d'après le recensement de* 1891 ; par le Dr Christolen Ross (numéro de juillet). — Le nombre d'aliénés déclarés à cette époque était de 3,134 sur une population de 1,132,234 habitants ; proportion de 1 sur 361, sensiblement identique à celle de l'Angleterre, où, à la même époque, elle était de 1 sur 343, et à celle de l'Écosse où elle était de 1 sur 135, mais plus forte que celle de l'Irlande, qui ne comptait que 1 sur 288. La majeure partie de ces aliénés sont des émigrés, ils comprennent moins de femmes (2.35 p. 1,000) que d'hommes (3.12 p. 1,000), proportions presque inverses de celles de l'Angleterre.

XI. — *Des guérisons solides dans la folie ;* par le Dr P.-M. Wise (numéro de juillet). — On ne peut guère compter sur une guérison définitive que dans le cas où la folie est un résultat de la diminution d'un état toxémique ou de simples troubles de la circulation. Si les rechutes sont fréquentes, cela tient, dans l'opinion du Dr Wise, à ce que le traitement n'est pas toujours

assez prolongé; que le temps de la convalescence est trop abrégé; et que la plupart des aliénés sont trop promptement abandonnés à eux-mêmes. Il parle des grands services que peuvent rendre des maisons de convalescence comme celle que Falret a fondée à Grenelle.

XII. — *L'alcoolisme dans l'État de New-York; classification de ses formes;* par le Dr Charles L. Dana (numéro de juillet). — Cet article est basé sur 614 cas d'alcoolisme soignés à l'asile de Bellevue en 1891. L'âge des individus va de 15 ans à 82 ans. Le plus grand nombre d'alcooliques se trouve entre 30 et 40 ans. Les formes d'alcoolisme observées sont rangées par le Dr Dana sous quatre titres : Folie alcoolique; dipsomanie; fausse ivrognerie; ivrognerie d'habitude.

XIII. — *De l'irresponsabilité des aliénés, d'après la loi française;* par le Dr Victor Parant (numéro de juillet). — Ce mémoire a pour but d'indiquer les avantages de la loi française dans la détermination médico-légale de l'irresponsabilité des aliénés, car cette loi est simple, précise, et peut s'adapter à tous les cas de folie.

XIV. — *La réforme du traitement des aliénés;* par le Dr D. Hack Tuke (numéro de juillet). — Le distingué descendant de William Tuke rappelle, en quelques mots, la célébration du centenaire de la fondation de la Retraite d'York, qui inaugura en Angleterre l'ère nouvelle du traitement des aliénés.

XV. — *Discours présidentiel prononcé à la réunion annuelle de l'Association médico-psychologique américaine;* par le Dr J.-B. Andrews (numéro de juillet). — Les lignes principales se rapportent : aux changements récents opérés dans la constitution de l'Association, aux progrès réalisés aux États-Unis dans l'assistance des aliénés (multiplication des asiles et des médecins traitants), à l'établissement des centres d'instruction pour les maladies mentales, aux nouvelles écoles d'infirmiers, enfin aux modifications législatives dont l'État de New-York a pris l'heureuse initiative.

XVI. — *Folie puerpérale. Analyse de cent quarante observations;* par le Dr W.-F. Menzies (numéro d'octobre). — C'est une véritable monographie de la forme morbide en question, qui est étudiée avec grand soin et dans tous ses détails.

Sous le nom de folie puerpérale, le Dr Menzies comprend les maladies mentales qui surviennent pendant la grossesse, la parturition, ou l'allaitement.

Contrairement à l'opinion générale, il a reconnu que dans presque la moitié des cas, il y a des prodromes qui consistent en une sorte de dépression graduelle; le début n'est brusque que lorsque la maladie prend la forme maniaque proprement dite.

Lorsqu'il survient de la mélancolie, les malades ont souvent des hallucinations, des idées délirantes de culpabilité et d'indignité, des idées de persécution, et la crainte de la mort. Un grand nombre de malades en cet état, s'imaginent qu'elles sont abandonnées par leur mari. Souvent aussi il y a de la confusion mentale et un grand trouble des perceptions.

Pendant la grossesse c'est la mélancolie qui est le plus habituelle; pendant et après la parturition, c'est, au contraire, l'état maniaque qui se rencontre le plus fréquemment.

Dans bien des cas, surtout ceux qui tendent à l'incurabilité, on voit la maladie traverser plusieurs stages bien marqués : d'abord les prodromes, puis un commencement d'aberration mentale, qui aboutit à l'état mélancolique bien caractérisé; vient ensuite une phase de stupeur, suivie d'agitation maniaque plus ou moins forte. Jusqu'à ce moment, la guérison peut encore se produire. Dans le cas contraire, les malades versent dans la démence.

Dans la forme maniaque ou dans la phase de manie, les malades sont très désordonnées, turbulentes, malpropres, agressives et destructrices.

C'est entre vingt-cinq et trente ans que l'auteur a rencontré le plus grand nombre de cas de folie puerpérale.

Lorsque la maladie survient au cours de la grossesse, elle guérit moins souvent que celle de la parturition ou de l'allaitement. Dans le premier cas, il n'y a pas moitié de guérison; dans les autres, il y en a plus de moitié et même près des trois quarts.

L'érotisme est fréquent dans la folie puerpérale, surtout dans la forme maniaque, où les malades ne gardent aucune retenue ni dans leurs paroles, ni dans leurs gestes, ni dans leurs attitudes et leurs tendances.

Le Dr Menzies, sans rejeter absolument les diverses causes auxquelles a été attribuée la folie puerpérale, estime qu'elle est due surtout à une auto-intoxication, alors même qu'il n'existerait aucune altération des organes de purification du sang.

Le traitement, dirigé conformément à cette notion de la maladie, est celui qui donne les meilleurs résultats.

XVII. — *Le régime des aliénés en Écosse, de* 1857 *à* 1892 ;

par le Dr T.-S. Clouston (numéro d'octobre). — Etude historique.

XVIII. — *Traitement des psychoses dégénératives;* par le Dr Jules Morel (numéro d'octobre). — Nous trouvons dans ce mémoire des pages éloquentes où l'auteur montre l'importance qu'il y aurait à surveiller, à diriger, tant au physique qu'au moral, l'éducation de cette catégorie nombreuse d'individus qu'on nomme des dégénérés et qui sont ou des faibles d'esprit, ou des déséquilibrés et la plupart des candidats à la folie. Si on pouvait les soustraire aux influences qui souvent pèsent sur leur jeunesse, si on les habituait à avoir sur eux-mêmes un certain contrôle, si on corrigeait leur nervosisme, on pourrait empêcher leur état de s'aggraver ou même les améliorer. En ce qui concerne les dégénérés qui tournent vers la criminalité, l'expérience a été tentée en Belgique avec succès; on a institué pour eux des écoles de réformation où l'on se met à leur portée, et où, par le travail et l'éducation morale, on arrive à modifier leurs mauvaises tendances. M. le Dr Morel, qui, en observateur judicieux, n'admet pas le fatalisme de Lombroso sur la dégénérescence et la criminalité, montre qu'il n'est point de tendances si mauvaises qu'on ne puisse amender par un traitement vraiment approprié. Mais ce traitement ne peut être institué que par des hommes compétents, et dans des établissements spécialement organisés.

XIX. — *Des progrès réalisés dans le traitement des aliénés par la création des écoles d'infirmiers;* par le Dr Burr (numéro d'octobre). — La création de ces écoles a été fort utile aux malades des asiles, non seulement parce qu'ils sont mieux surveillés, mais parce que leurs gardiens, instruits à se rendre mieux compte de leurs besoins, ont mieux suivi les indications de traitement qui les concernaient. On a constaté que, confiés aux infirmiers passés par les écoles, les aliénés guérissaient en plus grand nombre. Cela se produit de deux manières principales, d'abord parce que ces infirmiers savent mieux que les autres se tirer d'affaire par eux-mêmes, et ensuite parce qu'ils sont plus capables de renseigner le médecin traitant sur les particularités relatives à chaque individu. La dernière considération sur laquelle insiste le Dr Burr, et qui ne serait pas un des moindres résultats de la formation spéciale des infirmiers, c'est qu'on commence à constater que ceux qui ont passé par des écoles, s'attachent plus que les autres au service de l'asile et y restent plus longtemps.

L'instruction donnée dans les écoles d'infirmiers comprend des notions élémentaires d'anatomie, de physiologie et d'hygiène; des notions sur les soins à donner dans les fièvres, dans les maladies spéciales aux femmes; sur les règles principales de l'antisepsie. On insiste naturellement sur la manière de soigner les aliénés, et en particulier sur ce qui concerne leur alimentation.

XX. — *Augmentation des aliénés;* par le Dr W.-J. Corbet (numéro d'octobre). — D'après les statistiques décennales des Iles Britanniques, que cet article concerne particulièrement, on trouve chaque fois une augmentation sensible du nombre des aliénés; elle est due sans doute à deux causes, c'est que réellement il y a plus d'aliénés qu'autrefois : les progrès de l'alcoolisme en sont la preuve; c'est aussi que les asiles d'aliénés étant de plus en plus nombreux, de mieux en mieux aménagés, les aliénés y étant plus volontiers amenés, il y en a moins qu'autrefois de dissimulés dans les familles, et par conséquent d'inconnus.

XXI. — *Tropho-neuroses des aliénés;* par le Dr Frank C. Hoyt (numéro d'octobre). — L'auteur convient lui-même que le titre de son mémoire n'indique guère le sujet traité; il ne s'occupe en effet, que de l'hématome des méninges. Cet accident est rare chez ces aliénés; ayant étudié avec soin ceux qu'il a eu occasion de rencontrer, le Dr Hoyt estime qu'ils ont leur origine nullement dans la dure-mère, mais dans la rupture de vaisseaux de nouvelle formation développés dans la pie-mère.

The Journal of nervous and mental Disease.

Année 1892.

I. — *De l'exercice physique dans le traitement de la folie* par le Dr H.-A. Tomlinson (numéro de janvier). — L'auteur estime que l'exercice physique, employé d'une manière systématique et progressive, peut rendre de grands services dans le traitement de la folie. Il agit en favorisant la nutrition et en activant l'élimination des déchets de l'organisme, en même temps qu'il contribue à modérer l'excitation nerveuse; on peut l'employer, suivant les cas, dans la manie comme dans la mélancolie : les meilleurs moyens d'exercice physique sont le massage, la faradisation, et tous les mouvements volontaires que donne la gymnastique simple.

II. — *Mortalité des épileptiques dans les asiles d'aliénés;* par le Dr W.-L. Worcester (numéro de mars). — Contrairement à l'opinion commune, le Dr Worcester, se basant sur des recherches statistiques, a reconnu que les épileptiques aliénés meurent dans une proportion plus grande que les autres aliénés, par le seul fait de leur épilepsie. Ainsi sur 27,365 aliénés, en différents asiles, le nombre des décès, en 1890, ayant été de 3,212, il s'y trouve 389 décès d'épileptiques sur 1,326 individus atteints de cette maladie. Le décès est causé soit par l'état de mal, soit même par une simple attaque, assez légère, à la suite de laquelle survient du coma. Dans ce cas, on trouve souvent, à l'autopsie, de l'œdème pulmonaire.

III. — *Triple personnalité;* par le Dr Irving C. Rosse (numéro de mars). — Histoire d'un alcoolique, aliéné persécuté, qui se trouvait à la fois, en lui-même, d'abord lui-même, puis deux autres personnalités qu'il désignait sous le nom de « Lucifer » et « Le jeune homme ». Ces deux dernières personnalités, en conflit perpétuel, commandaient à sa personnalité véritable et dirigeaient ses actions, même contre sa volonté.

IV. — *Traitement de l'insomnie*; par le Dr Joseph Collins (numéro de juillet). — L'auteur préconise surtout le chloralamyde, à la dose de 15 à 20 centigrammes, qui lui a donné les meilleurs résultats dans l'insomnie due à l'excitation cérébrale et qui, entre autres avantages, ne déprime pas la circulation, et ne laisse, après son emploi, ni affaissement, ni céphalalgie.

V. — *La folie d'origine toxique;* par le Dr Théo H. Kellogg (numéro d'octobre). — L'auteur appelle folie toxique toute maladie mentale déterminée par le fait de l'introduction d'un poison dans l'organisme. Il distingue cinq classes d'intoxication :

1° Par les poisons minéraux et par certains médicaments (plomb, mercure, arsenic, chloral, bromure de potassium, iodoforme, paraldéhyde) ;

2° Par les poisons végétaux (opium, belladone, cannabis indica, hyosciamine, stramoine, tabac, cocaïne, conium, hydroxylon coca, seigle ergoté) ;

3° Par les gaz ou par certains autres toxiques (alcool, éther, chloroforme, acide carbonique, gaz sulfureux) ;

4° Par les fièvres éruptives, les états diathésiques et d'autres maladies (fièvre typhoïde, variole, scarlatine, fièvre intermittente, rhumatisme, goutte, gravelle, état puerpéral, grippe, cancer, syphilis, tuberculose) ;

5° Par les auto-intoxications, envisagées d'une manière générale.

VI. — *Fréquence des maladies rénales chez les aliénés;* par le Dr E. D. Bondurant (numéro de novembre). L'auteur a fait une sorte d'enquête auprès d'un certain nombre de ses confrères des asiles d'aliénés des Etats-Unis, et d'après les réponses qui lui ont été envoyées, combinées avec ses propres recherches, il conclut qu'en général la moitié au moins des aliénés dans les asiles ont des altérations rénales d'un genre ou d'un autre.

VII. — *De la responsabilité des ivrognes;* par le Dr T.-L. Wright (numéro de décembre). Après avoir passé en revue un certain nombre d'opinions émises sur ce sujet, le Dr Wright conclut à son tour que la responsabilité criminelle est entière chez l'individu qui se livre à la boisson de son plein gré, par désœuvrement, et qui n'est atteint d'aucune maladie congénitale ou acquise. L'individu qui est atteint d'une dégénérescence due à l'abus des alcools doit cependant être considéré comme irresponsable.

VIII.— *De l'othématome;* par le Dr Matthew D. Field (numéro de décembre). — Les difformités de l'oreille peuvent être dues à un hématome ou à de la périchondrite. L'hématome est dû presque toujours, sinon même toujours, à des violences extérieures. — Il n'est point exclusif aux aliénés ; on le rencontre également chez tous ceux qui sont exposés à des chocs répétés sur les oreilles, boxeurs, acrobates, porteurs, joueurs de balle, etc. C'est la répétition des chocs, plutôt qu'un choc violent et unique, qui le détermine. Il se fait alors une sorte d'altération dégénérative de l'oreille qui y prédispose.

Année 1893.

I. — *Modifications de la respiration chez les aliénés;* par le Dr Théo H. Kellogg (numéro de mai).— Elles ont été peu étudiées, mais présentent cependant de l'intérêt. Le Dr Kellogg les divise en trois groupes.

Premier groupe : modifications de fréquence, de profondeur, de rythme et de sonorité. Dans la mélancolie avec stupeur, on peut ne trouver que huit à dix respirations par minute; la diminution est fréquente aussi dans la démence et l'idiotie; l'augmentation est au contraire marquée dans l'agitation maniaque, où l'on peut trouver jusqu'à trente inspirations. Chez

un même individu le nombre des respirations peut varier avec le jour ou la nuit. — L'inspiration est généralement peu profonde dans la mélancolie, dans la démence, dans l'excitation maniaque ; elle peut devenir tout à fait superficielle dans la manie aiguë avec une grande agitation et dans les états émotifs. — Pour ce qui est du rythme, on peut voir l'expiration prolongée dans la démence sénile, dans la paralysie générale. Elle se présente dans les mêmes conditions, mais pour d'autres motifs, chez des maniaques qui poussent des cris persistants ou qui ne cessent de chanter. La sonorité à l'auscultation est souvent amoindrie dans les états d'agitation.

Deuxième groupe : modifications spasmodiques involontaires, les unes pendant l'expiration (rire, cris, éternuement, toux, ronflement), les autres pendant l'inspiration (hoquet, bâillement, sanglot, spasme laryngé).

Troisième groupe : modifications dyspnéiques, plus difficiles à déterminer que les autres ; on les voit survenir souvent chez les hypocondriaques, chez les alcooliques et les paralytiques. Elles peuvent tenir à des troubles cardiaques, à des troubles pulmonaires, ou à des troubles de l'innervation cérébrale.

II. — *Epilepsie mentale ;* par le Dr J.-M. Mosher (numéro de juin). — L'épilepsie mentale est une psychose caractérisée par des décharges accidentelles, soudaines, violentes, rapides et locales de la substance grise ; elle n'est pas nécessairement accompagnée de convulsions et n'a rien de pathognomonique que la nature même de la décharge. — L'état ainsi décrit par le Dr Mosher n'est autre, il le dit lui-même, que notre épilepsie larvée. Cependant il y rapporte les cas où des actes commis inopinément, sont accomplis avec une certaine connaissance par les individus, notamment par des aliénés persécutés. L'impulsion consciente devient ainsi une des formes de l'épilepsie mentale.

III. — *Contribution à l'étude de la folie dans ses rapports avec la néphrite ;* par le Dr Antonia Gilmore (numéro d'août). — La folie et la néphrite peuvent être dues à une seule et même cause. — Il arrive quelquefois que la néphrite est une conséquence de la maladie mentale. Parmi les symptômes du mal de Bright, on trouve assez souvent la manie et la mélancolie.

IV. — *Double personnalité ;* par le Dr R. Osgood Mason (numéro de septembre). — Histoire d'une femme qui, pendant de longues années, eut une sorte de dédoublement d'elle-même.

Tantôt elle se trouvait dans un état d'extrême débilitation, avait d'atroces névralgies, pouvait à peine manger. Tantôt, au contraire, elle se trouvait soudain transformée, ne souffrait plus, mangeait bien, avait beaucoup d'activité, et une mine excellente. Particularité très remarquable, c'est que dans ce second état, son intelligence qui normalement était cultivée et étendue, ses manières qui étaient excellentes, se trouvaient transformées et comme amoindries. Grave dans le premier cas, elle devenait dans l'autre une vraie gamine. Son langage même était changé et elle se servait d'une sorte de dialecte de son invention, quelquefois difficile à comprendre. Plus tard, elle eut pendant quelque temps une troisième personnalité, qui participait des deux autres. Elle n'était point inconsciente de ces divers changements d'état.

V. — *Hôpital de détention pour aliénés à New-York;* par le Dr Mathew, D. Field. — Cet hôpital, qui est d'organisation très récente, est une sorte de lieu d'observation. On y conduit les individus qui, présumés atteints de trouble mental, ont commis quelque délit; ceux qui sont arrêtés parce que leur conduite est extravagante; ceux qui vont porter à la police des plaintes, qui de prime-abord semblent imaginaires; ceux qui font des tentatives de suicide; quiconque, en un mot, est suspect de folie. De là, on dirige sur un asile ceux qui sont reconnus effectivement aliénés, après les avoir gardés aussi longtemps que l'observation a paru nécessaire.

VI. — *Quatre cas de folie survenant dans quatre générations successives;* par le Dr Elizabeth C. Mallison (numéro de novembre). — La généalogie de cette succession a pu être établie, partie à l'aide de lettres, partie à l'aide de renseignements oraux, donnés par les deux derniers individus de la série. Le premier, qui vivait dans le premier quart du siècle, était un déséquilibré, un instable, qui avait des accès de mélancolie intermittente, avec idées de persécution ; il fuyait alors sa femme et tout le monde et s'en allait, parfois pendant plusieurs semaines, vivre au milieu des bois. Sa femme semble avoir été aussi quelque peu déséquilibrée.

Ils eurent un fils, qui devint aussi un persécuté, qui se disait en butte aux émissaires de la reine Victoria, et qui mourut dans un asile où on avait dû l'interner à la suite de plusieurs agressions.

Le troisième de la lignée, fils du précédent, eut un délire mystique, avec hallucinations; il se croyait inspiré de Dieu,

chargé de purifier le monde ; il avait aussi des idées de persécution. Sa femme était fille d'une aliénée.

Ils eurent une fille, aliénée raisonnante, qui fut une hallucinée, avec impulsions, et qui, au moment où son histoire est rapportée, commençait à avoir des idées de perséeution.

VII. — *Etude de la température dans vingt-cinq cas de paralysie générale des aliénés ;* par le Dr Frederiek Paterson (numéro de novembre). — La température était prise sous l'aisselle, et pour chaque malade l'observation a été prolongée plusieurs semaines. Les conclusions sont les suivantes :

Dans tous les cas la température s'est maintenue à un niveau normal, sans qu'on eût rencontré l'élévation signalée par quelques observateurs.

Les variations diurnes étaient également analogues à la normale.

Il n'y avait presque aucune différenee entre les deux côtés axillaires.

S'il survient des modifications anormales de la température ehez des paralytiques, eela ne peut être dû qu'à un état étranger à la maladie cérébrale.

VIII. — *Cas anormaux de paralysie générale;* par le Dr E.-D. Fisher (numéro de déeembre). — Au point de vue cliniquc, la paralysie générale est eonstituée par unc démence progressive, précédée habituellement d'une période d'exaltation d'idées et plus rarement d'une période de dépression; par des troubles sensoriels moteurs, qui sont du tremblement, de l'ataxie et de la parésie. La maladie dure d'ordinaire de deux à trois ans pour aboutir à la mort. Mais il y a des cas frustes. Le Dr Fisher parle d'un homme de einquante-cinq ans, malade depuis dix ans, ayant de l'embarras prononcé de la parole, de l'affaiblissement de la mémoire, de temps à autre de l'excitation maniaque et des accès convulsifs, qui cependant jusqu'au jour de l'observation, a toujours pu s'occuper de ses affaires. Il n'avait aueune tare syphilitiquc.

L'auteur rapporte également trois autres observations très courtes, où les anomalies sont peu saillantes, sauf peut-êtrc en ce qui concerne la durée de la maladie.

Victor Parant.

BIBLIOGRAPHIE

Les diplégies cérébrales de l'enfance; par le Dr Emile Rosenthal, de Vienne (Autriche). Paris, libraïrie J.-B. Baillière et fils, 1893.

Little, en 1861, a déerit une maladie de l'enfanec, à laquellc les Anglais ont donné le nom de ce chirurgien accoucheur, *Little's disease*, et dont le caractère fondamental est nne rigidité spasmodique congénitale des membres. Little admettait que cet état était dû à une diminution de l'influence de la volonté sur les membres, chez l'enfant, ct en même temps à nne hypertonicité des museles des membres et du trone. C'est le syndrome qu'en littérature médicale on désigne en général sous le nom de *rigidité généralisée.*

Depuis, on a décrit trois antres états morbides de l'enfant, qui, à première vue, ont tous plusieurs points d'analogie avec la maladie de Littlc. Cc sont : la *rigidité paraplégique*, l'*hémiplégie spasmodique bilatérale* et la *chorée congénitale.*

Ces quatrc états morbides, en eomprenant la rigidité généralisée, sont, d'après plusieurs auteurs, quatre syndromes provenant de proccssus pathologiques différents. Ainsi, par exemple, Charcot enseigne que la rigidité paraplégique des enfants est nne affection médullaire ; un véritable tabes infantile.

M. Rosenthal les eonsidère au contraire tous les quatrc comme constituant quatre types différents d'une entité elinique unique, la *diplégie cérébrale*, qui, comme son nom l'indique, est une affection exelusivement cérébralc et nullement médullaire. C'est à la démonstration de cette théorie, ainsi qu'à l'étudc dcs susdites diplégies eérébrales, qu'il a consacré cette thèse, soutenue récemment devant la Faculté dc Lyon.

Mais M. Rosenthal n'est pas aussi absolu dans la doctrine qu'on pourrait le penser. Il maintient que les lésions dc la moelle ne sont pour rien dans ses diplégies, mais il reconnaît que la diplégie cérébrale infantile n'est qu'une entité provisoire et qu'elle ne représente pas une unité anatomique. Loin de là,

elle est la manifestation elinique d'affeetions nombreuses et diverses du eerveau.

Le plan de eette étude est des plus simples. L'auteur relate einquante-trois observations personnelles prises dans le service de M. le professeur agrégé Frend, à la Polielinique des maladies de l'enfanee du Dr Kassowittz, à Vienne. Il dispose ensuite ees observations en de grands tableaux synoptiques, eontenant des eolonnes pour tous les éléments cliniques. Ainsi une eolonne est réservée à un symptôme, une autre à un autre symptôme, une troisième aux partieularités de l'aeeouehement, ete... — C'est sur l'ensemble de ees einquante-trois observations qu'il établit enfin son argumentation et son étude.

Il fait voir que l'on retrouve les quatre types différents de diplégie, sinon tous très nets, au moins à l'état d'ébauehe, dans les observations mêmes de rigidité généralisée de Little. Il insiste sur ee que l'examen de ses tableaux synoptiques démontre qu'on retrouve dans eeux-ei ehaeun des quatre types, avec des eas intermédiaires qui les relient les uns aux autres. Il existe, en réalité, depuis la rigidité généralisée typique jusqu'à la ehorée eongénitale, une gradation insensible dans laquelle on rencontre la rigidité paraplégique et l'hémiplégie spasmodique double.

Cet argument en faveur de l'unité nosologique des diplégies est plutôt ingénieux que réellement démonstratif; aussi M. Rosenthal en produit-il d'autres raisons pour soutenir sa thèse. Il s'appuie sur l'étiologie, sur l'analyse des symptômes, ete...

La question de l'étiologie est partieulièrement importante. La diplégie est très souvent causée par une naissanee laborieuse ou par un aeeouehement avant terme. Il y a eepeudant des diplégies intra-utérines. Il y en a d'autres dont les raisons étiologiques sont bien postérieures à l'aeeouehement.

La rigidité généralisée est due, dans la plupart des eas, à un traumatisme peudaut la naissanee, à l'asphyxie, à une présentation vieieuse. La ehose s'explique physiologiquement. Les traumatismes, les aeeouehements prolongés, les eongestions enfin provoquent des hémorragies méningées dont le siège de prédileetion est le bord médian de l'hémisphère eérébral, dans ses eouehes superfieielles. Il en résulte des lésions plus ou moins durables, lésious irritatives qui, quand l'hémorragie est double, ee qui est la règle, agissent préeisément sur la zone motriee. Quand la partie supérieure de eette zone est seule

intéressée, on observe la paraplégie spasmodique. Quand la partie inférieure est aussi atteinte, on à la rigidité généralisée. On comprend en outre que les deux types de diplégie, la rigidité généralisée et la paraplégie spasmodique, ne sont que deux degrés différents d'un même processus pathologique.

Les hémorragies qui siègent plus profondément, les hémorragies intra-cérébrales, déterminent une combinaison de la rigidité généralisée avec de la paralysie.

Les paraplégies spasmodiques s'expliquent donc, elles, simplement par des localisations cérébrales spéciales, la moelle est indemne. Des autopsies ont démontré la réalité du fait. La moelle, du reste, produit bien quand même l'hypertonicité musculaire. C'est une de ses fonctions de produire la tonicité des muscles; le cerveau n'agit que comme modérateur de cette propriété physiologique. Si l'action du cerveau est abolie ou diminuée, par suite des lésions superficielles des centres psycho-moteurs, comme dans les diplégies, ou si cette action n'est plus transmise à la moelle, par suite d'une sclérose des cordons latéraux, comme dans les affections médullaires, le résultat est le même, il y a hypertonicité musculaire. C'est là une des nombreuses digressions physiologiques que l'on trouve dans cette thèse, et que je reproduis comme exemple.

L'hémiplégie bilatérale n'apparaît qu'exceptionnellement sous forme de diplégie; c'est ordinairement une maladie extra-utérine dépendant des causes morbides ordinaires des hémiplégies communes.

L'idiotie, symptôme fréquent des diplégies, n'est pas, comme intensité, en relation directe avec l'intensité de cette dernière maladie. Il est, du reste, bien difficile de reconnaître, chez les tout jeunes enfants, l'état du développement de l'intelligence.

Je viens de reproduire rapidement quelques-unes des principales propositions contenues dans le travail de M. Rosenthal et d'indiquer la doctrine de cet auteur, ainsi que les arguments avec lesquels elle est défendue, il me semble inutile de prolonger cet article. Il est bien évident que c'est là une étude très sérieuse et que son auteur a une expérience particulière des maladies nerveuses des enfants. M. Rosenthal a, en réalité, synthétisé toutes les connaissances actuelles sur un sujet très vaste et encore obscur, c'est pourquoi sa thèse restera et sera consultée par les observateurs futurs. On remarquera peut-être, en le regrettant, qu'elle a une forme étrangère. En France nous sommes habitués à des exposés moins compacts, et nous

comprenons plus vite quand tout n'est pas sur le même plan. Mais c'est là une critique légère et qui ne s'adresse qu'à la forme, nullement au fond, pas même à la méthode, qui est excellente.

Quant à juger la théorie de M. Rosenthal en elle-même, je n'ai pas cette prétention. Les quatre syndromes en question constituent-ils réellement, en l'état actuel de la science, une unité nosologique provisoire? Les raisons que donne, pour l'affirmer, notre auteur sont séduisantes parfois ; mais il ne faut pas oublier que, sur un point au moins, un point très important il est vrai, notre confrère viennois est en contradiction formelle avec Charcot, ce maître que les neuropathologistes de tous les pays ne peuvent trop admirer.

CAMUSET.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Zu weiteren Kenntnis der Wirkungen des Duboisinum sulfuricum bei den Aufregungszuständen Geisteskranker (Contribution à l'étude plus approfondie des effets de sulfate de duboisine dans les états d'excitation des aliénés) ; par le Dr A. Schmidt. 39 pages in-8°. Thèse d'Iéna, 1893.

— Nervosisme ou neurasthénie. La maladie du siècle et les divers moyens de la combattre ; par le Dr V. Borel. 1 vol. in-8° de 172 pages. Paris, Félix Alcan, 1894.

— Die Verkennung des Irreseins (De la méconnaissance de la folie) ; par le Dr C.-M. Brosius. 2e édit. 1 vol. in-12 de 130 pages. Leipzig, 1894.

— Un cas de fétichisme de souliers avec remarques sur les perversions du sens génital ; par le Dr P. Näcke. 25 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1894.

— Die paralytischen Anfälle. Klinische Vortrag (Etude clinique sur les attaques paralytiques) ; par le Dr Clemens Neisser. 40 pages in-8°. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1894.

— Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie, l'idiotie et l'hydrocéphalie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1893 ; par le Dr Bourneville, avec la collaboration de Boncourt, Cornet, Lenoir, Jules Noir et P. Sollier. 1 vol. in-8° de 372 pages, avec 89 fig. dans le texte et une planche. Paris, bureaux du *Progrès médical*, 1894.

— Il tremore. Studio di patologia et di semeiotiea (Le tremblement. Etude de pathologie et de sémiotique) ; par le Dr A. Pieraeeini. 96 pages in-8°. Extrait de la *Collezione italiana di Letture sulla medicina*. Milan, Vallardi, s. d.

— Asile de Saint-Yon. Rapport médieal pour l'année 1893 ; par les Drs Giraud, direeteur-médeein en ehef, Nieoulau et Toulouse, médeeins-adjoints. 33 pages in-8°. Rouen, 1894.

— Il soldato Magri ed il proeesso svoltosi al tribunale di Firenze (Le soldat Magri et le proeès développé au tribunal de Florenee) ; par le Dr Frigerio. 11 pages in-8°. Turin, Broea, 1894.

— Asile de Quatre-Mares. Rapport médieal pour l'année 1893 ; par les Drs Delaporte, direeteur-médeein en ehef et Malfilâtre, médeein-adjoint. 24 pages in-8°. Rouen, 1894.

— Lehrbueh der Nervenkrankheiten für Aerzte und Studirende (Manuel des maladies nerveuses pour médeeins et étudiants) ; par le professeur H. Oppenheim, de Berlin. 1 vol. in-8° de 870 pages avee 220 planehes. Berlin, S. Karger, 1894.

— Outrage publie à la pudeur. Rapport médieo-légal ; par le Dr Motet. 8 pages in-8°. Extrait des *Annales d'hygiène et de médecine légale*, septembre 1894.

— Congrès annuel de médeeine mentale. Quatrième session tenue à La Roehelle du 1er au 6 août 1893. Comptes rendus publiés par le Dr H. Mabille, seerétaire général du Congrès, 1 vol. in-8 de 738 pages avee planches. La Roehelle, 1894.

— Le mobilier et les instruments de travail des aliénés pauvres et eurables ; par le Dr Th. Taty, aneien ehef de elinique des maladies mentales à la Faeulté de Lyon. 8 pages in-8°. Saint-Etienne, imprimerie Piehon, 1894.

— Nouvelle méthode graphique permettant d'enregistrer tous les tremblements, en particulier le tremblement de la langue et de eertains museles eomme l'orbieulaire des lèvres ; par Le Filliâtre, interne des asiles de la Seine. Broeh. in-8° de 7 pages. Extrait des *Archives de neurologie*, n° 91, 1894.

— Les états intelleetuels dans la mélaneolie ; par le Dr Georges Dumas, professeur de philosophie au eollège Chaptal. 1 vol. in-18 (143 pages) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alean, 1895.

— Di una rara forma di impulsione ambulatoria in istero-epilettieo per traumatismo (Sur une forme rare d'impulsion ambulatoire dans l'hystéro-épilepsie par traumatisme) ; par le Dr Giuseppe Antonini, du manieome de Bergame. 13 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria et di medicina legale*. Vol. XX, fase. II, 1894.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

L'Aeadémie de médeeine a, dans sa séanee du 15 janvier 1895, élu membre titulaire de la seetion d'hygiène publique, de médeeine légale et de poliee sanitaire, M. le Dr A. Motet, seerétaire général de la Soeiété de médeeine légale, en remplaeement de M. Aug. Ollivier, déeédé.

— *Décret du 4 janvier* 1895 : Sur la proposition du ministre de l'Intérieur, est nommé eheva1ier de la Légion d'honneur, M. le Dr Ballet (Gilbert-Louis-Siméon), médeein en ehef de l'hôpital Saint-Antoine, à Paris. Aneien interne des hôpitaux de Paris, médeein du Bureau eentral en 1885, médeein de l'hospiee de La Roehefoueauld en 1886, et de l'hôpital Saint-Antoine depuis 1891. Professeur agrégé à la Faculté de médeeine de Paris. Plus de vingt ans de services.

— *Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts du 22 décembre* 1894 : Est nommé offieier de l'instruetion publique M. le Dr Mairet (Albert-Jean-Jules), doyen de la Faeulté de médeeine de Montpellier, professeur de la Clinique des maladies mentales et nerveuses.

— *Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts du 12 janvier* 1895 : Est nommé offieier de l'instruetion publique M. le Dr Ligier (Fernand-Marie-Alphonse), eonseiller général du Jura, aneien maire de Poligny, sous-direeteur de la Maison nationale de Charenton (Seine);

Sont nommés officiers d'aeadémie MM. les Drs Dupain (Jean-Marie), médeein-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne), aneien délégué eantonal, et Ramadier, médeein-direeteur de l'asile de Rodez (Aveyron).

— *Arrêté du 24 décembre* 1894 : M. le Dr Dubourdieu, déelaré admissible aux emplois de médeein-adjoint des asiles publies d'aliénés (Coneours de Bordeaux du 1er juin 1894), est nommé médeein-adjoint de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne) et plaeé dans la 2e elasse de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du 26 janvier* 1895 : M. le Dr Vigouroux, médeein-adjoint de l'asile d'Evreux, est nommé à la 1re elasse de son grade (3,000 fr.).

— *Arrêté du 6 février* 1895 : M. le Dr Vernet, médeein-adjoint de l'asile de Pau, est nommé direeteur-médecin de l'asile

d'Aueh (Gers), en remplaeement de M. Morel, appelé à faire valoir ses droits à la retraite, et plaeé dans la 3e elasse de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du* 13 *février* 1895 : M. le Dr Dubourdieu, médeein-adjoint de l'asile de Naugeat, est nommé médeein-adjoint de l'asile de Pau.

— *Arrêté du* 16 *février* 1895 : M. le Dr Boiteux, médeein-adjoint de l'asile de Clermont (Oise), est nommé médeein en chef du même asile, en remplaeement de M. le Dr Sizaret, admis à faire valoir ses droits à la retraite, et plaeé dans la 3e elasse de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du* 22 *février* 1895 : M. le Dr Taguet, direeteur-médeein de l'asile d'Armentières (Nord), est nommé médeein en ehef de l'asile de Vaueluse, en remplaeement de M. le Dr Kéraval.

— *Arrêté du* 23 *février* 1895 : M. le Dr Kéraval, médeein en ehef de l'asile de Vaueluse, est nommé direeteur-médeein de l'asile d'Armentières, en remplaeement de M. Taguet.

NÉCROLOGIE

Dr Espiau de Lamaestre. — Nous avons le douloureux regret d'annoneer la mort du Dr Espiau de Lamaëstre, décédé le 15 janvier dernier, dans sa soixante-treizième année, à l'asile de Vaueluse, chez son neveu, M. le Dr Boudrie, médeein en ehef de eet établissement, auprès duquel il s'était retiré depuis quelques années.

Notre regretté eollègue est né à Homps (Gers), le 16 juillet 1822. Il fit ses études médieales à Paris, où il fut reçu à l'internat des hôpitaux, dans la promotion de 1844, qui eomprend des noms tels que eeux de Broea, Gubler, Fano, Hervieux, Lunier, ete. Il fut sueeessivement attaehé aux serviees de Baillarger, à la Salpêtrière (1845) ; de Bérard et Kapeler, à Saint-Antoine (1846) ; enfin, de Malgaigne, à Saint-Louis (1847). Lauréat de l'Assistanee publique, il se fit reeevoir doeteur en 1848 ; il avait ehoisi pour sujet de thèse : *De la pneumonie eatarrhale.*

Après avoir exereé pendant quelques années dans son département d'origine, où l'avaient appelé des intérêts importants, le Dr Espiau de Lamaëstre vint s'établir à Paris où il fut, pendant près de dix ans, médeein de la Soeiété munieipale de prévoyanee et de seeours mutuels du Ier arrondissement. Ce n'est qu'en 1865, qu'il entra dans le serviee des aliénés ; les eonnaissanees étendues qu'il avait aequises en médeeine mentale dans le serviee de Baillarger, à la Salpêtrière, qu'il développa eneore par un travail soutenu et un rare talent d'observation, lui permirent de remplir dignement les diverses fonetions aux-

quelles il fut appelé. Il devint successivement médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), de 1865 à 1867; médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde), en 1867; médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord), de 1867 à 1877; et, enfin, directeur-médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, de 1879 à 1887. Il montra dans ces dernières fonctions de grandes qualités d'administrateur : c'est, en effet, à notre regretté collègue qu'est due l'organisation du pensionnat annexé à cet asile et qui, grâce à sa bonne gestion, prit un rapide développement; c'est, pendant sa direction, qu'eut lieu la laïcisation de l'établissement, votée par le conseil général de la Seine, et à laquelle il apporta tout son concours. Nous ne saurions oublier, parmi les services rendus par le Dr Espiau de Lamaëstre, les efforts qu'il fit pour la création d'une pension de retraite pour le personnel secondaire des asiles.

Comme la plupart de ses confrères en médecine mentale, le Dr Espiau de Lamaëstre a sa place marquée dans le « Martyrologe de la psychiatrie ». Un matin, pendant sa visite, à l'asile de Ville-Evrard, il reçut d'un aliéné un coup si violent sur l'œil gauche, qu'il faillit le perdre; pendant de nombreuses années, il se plaignit encore de douleurs qu'il y ressentait.

Lorsqu'il fut mis à la retraite, en 1887, le Dr Espiau de Lamaëstre fut nommé chevalier de la Légion d'honneur; c'était une distinction justement méritée, qui couronnait dignement la carrière de notre collègue, et à laquelle ont applaudi tous ceux qui avaient pu apprécier ses connaissances médicales, ses talents d'administrateur, l'aménité de son caractère et la dignité de sa vie.

M. le Dr Espiau de Lamaëstre a été un collaborateur assidu des *Annales;* il y a publié son *Rapport sur le service médical de l'asile de Bailleul, pour l'année* 1870, et inséré un nombre considérable d'articles bibliographiques, où il s'est montré critique sagace et éclairé des travaux de ses confrères. Rappelons enfin son mémoire très intéressant sur la *paralysie générale à double forme*, lu au Congrès international de médecine mentale de 1878, et qui peut être considéré comme un des meilleurs travaux sur cette variété de la périencéphalite chronique.

Dr Vétault. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de notre jeune confrère, le Dr François-Victor Vétault, ancien interne des asiles de la Seine et membre de la Société médico-psychologique, décédé d'une pneumonie infectieuse, le 14 janvier 1895, à peine âgé de quarante et un ans. Ses obsèques ont eu lieu le lundi 14 janvier, au milieu d'une affluence considérable, composée surtout de ses nombreux clients du XIe arrondissement, où il était très estimé et très aimé.

M. Marcel Briand s'est fait l'interprète de l'Association

amicale des asiles de la Seine, dont Vétault était membre, dans l'éloquent discours suivant que nous nous plaisons à reproduire.

MESDAMES ET MESSIEURS,

L'Association des internes et anciens internes des asiles de la Seine n'a pas voulu que cette tombe se fermât, sans que sa voix attristée se fît entendre, sans qu'un hommage public fût rendu à l'un de ses plus fidèles adhérents ; elle me confie la douloureuse mission de venir, en cette journée de deuil, exprimer un dernier adieu au Dr Vétault dont l'attachement pour elle ne s'est pas un instant démenti.

Le coup qui nous l'enlève était inattendu. Il y a quelques jours à peine, notre camarade, malgré les préoccupations de la clientèle auxquelles se joignaient des soucis causés par la maladie d'une proche parente, organisait de la plus heureuse façon notre dernière réunion. Ceux de vous qui y assistaient se rappellent encore les chaleureuses félicitations adressées à notre camarade absent, retenu qu'il était par des devoirs de famille. Nul ne prévoyait qu'un mal prochain dût le terrasser.

Vétault cumulait, dans notre association, les fonctions de secrétaire et de trésorier. C'est dire qu'il en était la cheville ouvrière et qu'à lui seul revient tout le mérite de sa prospérité. On ne saurait croire, sans l'avoir vu à l'œuvre, avec quel zèle et quelle activité il préparait le succès de nos assemblées générales, et avec quelle modestie il recevait les éloges que nous ne cessions, à toute occasion, de lui adresser pour le remercier de son dévouement à notre cause.

L'activité et la modestie étaient les deux qualités dominantes de sa belle intelligence, et, si c'est à l'une qu'il était redevable de la réussite dans tous les concours affrontés, c'est à l'autre qu'il devait de pouvoir constater, après chaque épreuve, que le nombre de ses amis s'était augmenté de celui de ses concurrents de la veille.

Que peut-on dire de plus à la louange de son caractère ?

Le Dr Vétault est un ancien élève de l'Ecole de médecine d'Angers, où il a laissé la réputation d'un travailleur persévérant, et d'un cœur capable des plus grands sacrifices pour ses amis. Après avoir été nommé, au concours, interne des hôpitaux de cette ville, il quittait la province, chargé de récompenses décernées par l'Ecole et l'Administration des hôpitaux, pour venir terminer ses études à Paris.

C'est là que nous l'avons connu et qu'il nous a été donné d'apprécier l'élévation de ses sentiments.

Séduit par l'invincible attrait qu'exerce sur tous les esprits positifs l'étude des manifestations de l'intelligence, il résolut de consacrer quelques années à la médecine mentale. Un concours

pour l'internat des asiles de la Seine allait s'ouvrir, il s'y présenta et fut reçu dès la première tentative. Quand son rang lui permit d'arriver à Sainte-Anne, il devint l'interne d'un maître bienveillant, le Dr Bouchereau. Celui-ci, reconnaissant bientôt les solides qualités de son élève, l'initia très rapidement à l'étude des maladies mentales.

Son service du matin terminé, Vétault se remettait au travail et en 1884, il déposait à la Société médico-psychologique un mémoire sur le *Délire hypocondriaque dans certaines formes d'aliénation mentale*. Ce travail lui valut le prix Esquirol après un élogieux rapport du professeur Gilbert Ballet qui, par une fatalité du sort, devait plus tard être de ceux qui formulaient l'implacable diagnostic de l'affection à laquelle notre ami vient de succomber.

Vétault ne pouvait s'arrêter en si bonne voie, et bientôt il remportait, au Concours biennal des internes des asiles, la médaille d'or, se traduisant par une bourse de voyage de 2,000 francs.

Le lauréat visita l'Italie et en recueillit de très intéressants documents sur l'organisation des manicomes de ce pays. Son voyage est relaté dans un Rapport très volumineux adressé au Préfet de la Seine.

Cette récompense que Vétault, dans sa modestie, considérait plutôt comme un encouragement, lui attira la bonne fortune d'être choisi par MM. les Drs Mesnet et Motet, comme adjoint à leur maison de santé où il se montra, là comme partout, à la hauteur des délicates fonctions qui lui étaient confiées.

Bientôt notre ami prouva par sa thèse inaugurale, couronnant ses solides études, qu'il était vraiment digne des lauriers cueillis antérieurement de haute lutte. La thèse qu'il choisit et soutint victorieusement est une *Etude médico-légale complète de l'alcoolisme et des conditions de la responsabilité au point de vue pénal chez les alcoolisés*.

Ce travail où les qualités du clinicien s'allient à celles du légiste, est un de ceux qui auront contribué à la création d'asiles de buveurs en France.

Vétault était d'ailleurs à bonne école auprès d'un maître comme le Dr Motet. Celui-ci frappé, à son tour, par la méthode de travail et le jugement de son élève, lui proposa de collaborer à un rapport sur la responsabilité des alcoolisés, dont il était chargé par le Congrès international de médecine mentale. Ce rapport est devenu classique. On n'en saurait faire un éloge plus justifié. M. le Dr Motet voua, depuis, à Vétault un attachement qui ne s'est jamais démenti et dont il lui donna une dernière preuve dans les soins affectueux et éclairés dont il l'entoura dans ses derniers moments.

Mais les connaissances en médecine générale, l'aménité du caractère et la bienveillance de notre camarade ne tardèrent pas à franchir les murs de la maison de santé de Charonne ; aussi Vétault, ne sachant refuser ses soins aux malheureux, ni résister aux sollicitations d'une clientèle qu'il ne recherchait pas, fût-il bientôt connu dans son quartier pour ses qualités de savoir et le fonds généreux de son caractère qui le firent de plus en plus estimer. Un jour arriva où, ne pouvant mener de front et la médecine mentale et la médecine générale, il se consacra à cette dernière. Il n'oublia cependant jamais la psychologie ; nous l'avons, bien des fois, entendu regretter ses succès si mérités de clientèle qui l'avaient éloigné de la carrière préférée des asiles. Et d'ailleurs, n'était-il pas membre de la Société médico-psychologique qui l'avait autrefois couronné?

C'est au scrupuleux accomplissement de ses fatigants devoirs professionnels que nous devons de le pleurer aujourd'hui. De plus en plus surmené par l'exercice de sa profession, il succomba à la tâche, malgré les soins les plus éclairés de savants amis. Il meurt à quarante et un ans, à cette période de la vie où la maturité du jugement donnait tout son prix aux fruits de l'expérience acquise et où la fortune souriante apportait à son mérite une récompense bien due.

Mon cher Vétault! vous êtes mort à la peine. C'est le plus bel éloge qu'on puisse faire de vous et de la façon dont vous compreniez le devoir professionnel.

Adieu Vétault! Adieu! au nom de tous vos camarades de l'Association des internes des asiles de la Seine!

Vous emportez dans la tombe leur estime affectueuse et aussi les regrets de tous ceux qui vous ont connu. J'en lis le témoignage dans les si nombreuses larmes qui coulent autour de moi.

Puissent ces quelques paroles apporter un adoucissement à la douleur de votre veuve.

MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*)

Tentative de meurtre sur un médecin par un épileptique. — Sous ce titre on lit dans l'*Union médicale* (numéro du 26 janvier 1895), le regrettable fait suivant :

« Le 19 janvier dernier, notre confrère le Dr Kéraval, médecin de l'asile d'aliénés de Vaucluse, a été victime d'une tentative de meurtre. Pendant qu'il faisait sa visite, un malade de son service, épileptique alcoolique, s'est approché de lui, dissimulant un coutcau qu'il tenait dans la main, et lui en a porté un coup violent dans le flanc gauche. Fort heureusement, un

surveillant fit dévier la main du meurtrier, et la lame du couteau ne put pénétrer que d'un centimètre environ.

« Le coup avait été dirigé dans la région du cœur ; mais grâce à la dérivation de l'arme, ce sont les parties molles de la région sous-diaphragmatique qui ont été intéressées.

« Dans les premiers moments, l'abondance de l'hémorrhagie avait fait craindre une plaie pénétrante de l'abdomen. Par bonheur il n'en était rien : la plaie était superficielle et une suture put être pratiquée séance tenante.

« Nous avons vu notre confrère deux jours après sa blessure ; son état était aussi satisfaisant que possible. Nous pouvons espérer que la cicatrisation de la plaie se fera rapidement et sans accident.

« Cette tentative de meurtre paraît avoir été préméditée par le malade. Il s'est, en effet, servi, pour l'accomplir, d'un couteau dont il avait aiguisé la lame, de façon à la transformer en un véritable poignard. »

PROCÈS DE SUICIDÉS DANS L'ANCIENNE-BRETAGNE (1)

Dans l'affaire qui va suivre (2), le suicide semble bien le résultat d'une folle désespérance, produite, chez un individu très impressionnable, à la nouvelle que son frère vient de commettre un meurtre. On fait simultanément le procès au meurtrier, qui est en fuite et au cadavre du suicidé. Comme dans le cas précédent, l'affaire est d'abord instruite aux regaires de Gouesnou, elle est ensuite évoquée par une barre royale, celle de Lesneven, mais en raison de la connexion du suicide avec un homicide qualifié assassinat.

Le 16 avril 1766, deux voyageurs, se rendant de Crozon à Landerneau, sont attaqués sur la route, vers les six heures du soir, aux approches du pont de la Roche (la Roche Moriec) par un individu, qui, sans proférer une parole, les frappe avec violence à coup de bâton, les étend sur le sol, s'acharne contre eux, malgré leurs cris et les laissent pour morts. Ils parviennent à grand'peine à se relever et à se traîner jusqu'au village voisin, où on les panse, et l'on conduit l'un d'eux très grièvement blessé, le sieur Postic, à l'hôpital de Landerneau,

(1) MM. les Drs Corre et Paul Aubry ont bien voulu nous communiquer cet article, chapitre détaché d'un volume qui sera publié sous peu chez Storck et G. Masson (Lyon et Paris) et qui a pour titre : *Documents de criminologie. Mœurs judiciaires de l'ancienne Bretagne. — N. D. L. R.*

(2) *Archives du Finistère*, B, fonds de Lesneven.

où il meurt au bout de quatre à cinq jours. L'enquête, rapidement conduite par les magistrats des regaires de Léon (l'endroit où les voyageurs ont été attaqués dépend du fief de l'évêque), apprend que l'assassin est un nommé Jean Abaléa, dit le Bihan (le petit), et presque en même temps que son frère Jean Abaléa, dit le Bras (le grand), à la nouvelle du crime, s'est noyé dans l'étang du vieux moulin de Coatmeur, près Bodilis. L'affaire passe à la sénéchaussée royale de Lesneven. Elle donne lieu à une longue information et à des monitoires. Le curateur, nommé d'office au cadavre, soutient, non sans apparence de raison, que J. Abalea le Bras a agi sous l'empire de la folie : le malheureux donnait de temps à autre des signes d'aliénation ; lorsqu'il a su l'accusation portée contre son frère, il a manifesté le plus profond chagrin et il a couru chercher des consolations auprès d'un ami ; c'est en traversant l'étroite chaussée de l'étang qu'il est tombé à l'eau ; quand bien même on ne le regarderait pas comme un fou, ne devrait-on pas attribuer sa mort à un accident, un homme désespéré n'ayant pu prendre garde à ses mouvements dans un passage dangereux, ayant pu éprouver un vertige soudain, etc. Jusqu'à quel point le meurtrier lui-même n'aurait-il pas de nos jours bénéficié d'une atténuation de responsabilité? Un meurtre commis aussi brusquement, avec une fureur si intense et sans mobile nettement déterminé, ne trahissait-il pas une impulsivité aberrante ? Mais on ne s'arrête point alors à de telles considérations. Les juges rendent sentence de culpabilité en 1767 : « Avons déclaré la contumace bien établie contre Jean Abaléa dit Jean Bihan, accusé et fugitif, et jugeant au profit d'icelle, avons déclaré le même Abaléa atteint et convaincu d'avoir tué le nommé Maurice Postic, et pour réparation de quoy l'avons condamné à estre pendu et étranglé jusques à ce que mort s'ensuive à une potence qui sera, pour cet effet, plantée en la place publique de cette ville... », ses biens confisqués au profit du roi, la présente sentence exécutée en effigie ; « comme aussi ayant égard aux charges et informations faites contre le cadavre d'autre Jean Abaléa, dit Jean Bras, homicidé, avons aussy ordonné que sa mémoire demeurera éteinte et supprimée à perpétuité, et que son cadavre sera attaché sur une claye, la face contre terre pour estre traîné par les rues et carfours de cette ville, et puis pendu par les pieds, etc. » Sur appel de la sentence contre le cadavre par son curateur, ordre est donné de transférer le corps de Jean le Bras à la conciergerie de la Cour à Rennes.

Les affaires de suicides sont assez nombreuses dans les dossiers des juridictions dépendantes du présidial de Rennes, sur les évêchés de Tréguier et de Saint-Brieuc. En même temps qu'elles initient à la plupart des modes que les experts médicaux ont à déterminer, elles permettent de constater la facilité

relative avec laquelle les juges admettent l'excuse de l'aliénation.

« Ollivier Guyto, sieur de la Rouvraie (1), déclare que demoiselle Brangaye, sa compagne, estante toute mallade et infirme de corps et d'esprit, vendredy, einquième de ce mois (janvier 1685) ; icelle Brangaye estant au lit dans une chambre d'une maison sise en la rue de Gouët de cette ville, environ les deux à trois heures de l'après-midy, ledit Guyto absent et à faire visitte chez ledit Delamotte qui la traittoit et médicamentoit ; ladite Brangaye pressée d'un mal violent et privée de son bon sens naturel, dans l'excès de son mal, se blessa au ventre d'un ferrement qu'elle trouva sous sa main et estant décédée ce jour environ les neuf à dix heures... »

Le magistrat se transporte à la maison, il trouve « le corps mort de ladite Brangaye et proche d'icelluy deux religieux du couvent de Saint-François de cette ville. » Il mande Thomas Quintin, et Jean Pottier, maîtres chirurgiens jurés de la ville, fait sortir toutes les personnes présentes et les experts procèdent à l'autopsie : « nous ont dit et fait voir une grande playe située au ventre inférieur, région ombilicalle, à un travers de doigt au-dessous du nombril, un peu plus du costé gauche que droit ; de grandeur en ligne directe vers la région hypogastrique d'environ cinq grands travers de doigt, faite sur ce qu'ils peuvent juger par instrument tranchant, pénétrant dans la capacité les cinq tégumens, le péritoine et le..... (?) tout coupé avec partie des boyaux collum et jéjunium. Et comme ladite playe continue plus bas que la région ombillieale descendant directement deux grands travers de doigt dans la région hypogastrique, nous ont dit avoir trouvé aussi une portion du boyau illium coupé, toutes lesquelles choses luy ont causé la mort... » (2). De nombreux témoins déclarent que la malade avait l'esprit faible et qu'elle a plusieurs fois émis des idées de suicide. La sentence se termine ainsi : « et avons ordonné que le corps de ladite défunte demoiselle Jacquemine Brangaye sera transporté et inhumé au dernier désir de sa volonté, selon les formes ordinaires. Arresté à Saint-Brieuc ce huitième jour de janvier 1685, Ollivier Le Masson ».

En 1770, on a trouvé à l'auberge du Lion d'Or, à Lamballe (3), le cadavre du chevalier de la Morlière, garde de pavillon de la frégate la *Terpsichore*. Le malheureux jeune

(1) *Archives des Côtes-du-Nord*, série B, suppl. regaires de Saint-Brieuc, 7 janv. 1685.

(2) Comparer : Paul Moreau (de Tours), *Suicides étranges* (In *Annales médico-psychologiques*, 1890, 2e série, p. 209 et 387).

(3) *Archives des Côtes-du-Nord*, B. 636, Lamballe, 1770.

homme s'est tué d'un coup de pistolet. Les chirurgiens Jean Bardet et François le Blanc trouvent « le cadavre dans un lit à demy découvert, ayant la face remplie de sang, la teste penchée sur l'épaule gauche, le bras droit ployé, ayant à la main de ce costé, un pistollet tourné du costé de la face. Ayant fait l'examen des parties de son corps extérieurement, nous luy avons remarqué une grande playe à la partie moyenne du coronal, avec une fracture considérable audit os coronal, dans toute son étendue avec issue de substance du cervcau, toutes les autres parties de son corps dans leur état naturel ». On retrouve dans le crâne intérieurement visité « trois moyennes balles de plomb ». Le corps est embaumé (salé) mais l'affaire ne peut avoir de suites fâcheuses pour la mémoire du défunt, car l'aumônier Duponcel et le chirurgien Madec, embarqués sur le même navire, envoient l'un et l'autre un certificat contresigné par le vicomte de Roquefeuil, commandant de la frégate. L'aumônier « certifie avoir reconnu plusieurs mouvements involontaires dans ses actions, qui tendaient tous à une espèce de démence et de folie ». Le chirurgien « certifie qu'il a eu plusieurs fois pendant le cours de cette campagne des absences d'esprit que nous considérons être des accès de vapeurs mélancolics ». Jean-Baptiste-François Rio est nommé curateur au cadavre. Nous n'avons pas la fin de cette affaire, mais, ainsi que nous l'avons dit, elle ne nous semble pas douteuse.

En 1731 (1) on trouve la veuve Lecorre pendue à une poutre de sa maison. Plusieurs témoins déclarent qu'elle avait « l'esprit brouillé ». Le chirurgien Le Royer fait l'autopsie : « ay remarqué une lividité et corruption généralle de tout le corps, et ensuite ay apersu un sercle ou coche de peau et de chair, lequel faisoit une partie du circuit de la gorge, ledit cercle causé par quelque corde ou ficelle, oppressant le zophague et trachée artère, qui a causé la mort à laditte Lecorre. Ensuite ayant fait ouverture dudit cadavre ay remarqué les poulmons dextre et senestre adhérant, ce qui me fait connoistre que laditte Lecorre était asmatique (2). Tel est mon rapport... » Malgré de fortes présomptions de folie, le cadavre est décrété de prise de corps.

« Nous, escuyer Mathurin François de Plusquellec, ordonnons que sera incessamment transporté aux prisons de cette

(1) *Archives des Côtes-du-Nord*, B. 227, Callac.

(2) On rencontre assez souvent ce terme *asthmatique*, qui semble en général être synonyme de *tuberculeux*. Ici il s'agit évidemment d'une pleurésie double, ancienne, tuberculeuse ou non. Aujourd'hui encore, dans le langage populaire, asthmatique signifie tuberculeux.

Cour, pour y estant estre embaumé (c'est-à-dire salé) et y demeurer jusques à jugement définitif, sur le front duquel cadavre avons apposé les sceaux de nos armes, empreints dans un moreeau de scire jaune. » On réquisitionne un cheval sur lequel on met le cadavre pour le transporter à la prison, où bientôt arrive le chirurgien Le Royer : « J'ay été conduit par le eonsierge des dittes prisons dans la basse fosse de laditte prison, dans lequel lieu ay apersu un cadavre que ledit conciergе m'a dit être celui de ladite Lecorre (1), lequel eadavre ay embaumé et me suis retiré. Tel est mon raport. » Le chirurgien mentionne en note le salaire qui lui revient : « pour ma journée d'embоment (*sic*) et embomement dudit cadavre, la somme de quarante livres deub (2) ».

Nous n'avons pas la sentenee.

Le 18 septembre 1761 (3), Margueritc Henry trouve Louis Le Levier, son mari, pendu à une poutre de sa chambre, à Trézélan. Elle pousse des cris et les voisins accourent, mais se gardent bien de couper la corde avant l'arrivée des magistrats. « Monsieur le curé ayant examiné et vérifié que ledit Levier estoit mort, ils avoient cru ne devoir rien changer à sa situation, avoient deffendu de le toueher et s'estoient retirés pour en donner avis aux juges. » Jean-François Margeot, chirurgien, déclare : « Nous avons visité le cadavre d'un homme qui étoit âgé d'environ trente à trente-einq ans, ayant la langue noire et épesse sortant un peu hors de la bouche, nous l'avons trouvé droit, la plante des pieds sur la terrasse de la chambre et attaché par le eol avee une petite eorde de chanvre, à une poutre vis-à-vis une petite fenaître, laquelle eorde pendant en bas formet un neu courant qui passoit entre le menton et le larains par dessous les angles de la mâchoire inférieure, ayant fait une profonde impression autour du col ; tout ce que nous avons fait voir à messieurs les juges, et ayant examiné toutes les autres parties tant internes qu'externes dudit eadavre les unes après les autres, nous avons reconnu que la seule cause de la mort de cet homme a été cele du lieol qu'il s'était luy même préparé selon toutes les apparences (4). »

(1) N'oublie-t-il pas qu'il vient lui-même d'autopsier ee eadavre !

(2) Il est probable qu'il a fourni les substanees néeessaires.

(3) *Archives des Côtes du Nord*, B. 283. Coateourez.

(4) Une partieularité que nous n'avons reneontrée que dans eette affaire est que les deux chirurgiens ont fait deux proeès-verbaux différents. Maître Louis Hébert dit : « Son eadavre que je trouvé dans une chambre pendu à une poutre, et après l'avoir fait détaeher et examiné son eol, je reconnu par sa lividité, par la

Les nombreux témoins enteudus sont unanimes pour déclarer que le suicidé était faible d'esprit. Deux d'entre eux, de simples laboureurs, décrivent parfaitement la forme clinique de sa folie. « Il étoit, déclare l'uu, Bertrand Olivier, faible d'esprit et presque insensé, depuis peu il en avoit donné les preuves particulières par un dégoût de tout ouvragc; qu'il vouloit continuellement changer de lieu et d'occupations, et qu'il n'achevoit rien, et que les parents dudit Lévier, qui l'avoicnt aperçu, avoient fait dire une messe pour sa guérison à Saint-Colomban (1), que l'on invoque pour la santé des fous. » Ollivier Lallier déclare « qu'il alloit quelquefois à la journée comme laboureur, et tout à coup, sans aucun motif, il quittoit et s'en alloit sans même revenir à l'heure du repas ». Devant ces nombrcux témoignages, le juge permet d' « inhumer le cadavre au cimetière de l'église paroissiale de Trézélan... et ordonne quc la corde qui estoit passée au col dudit cadavrc, sera déposée au greffe dudit Coatcourez ».

En 1772 (2), la femme Julienne Langlois est trouvée pendue cn sa maison dc la paroisse de Landehen. L'expert déclare : « Avons trouvé lc cadavre de Julienne Langlois pendu à une corde, attaché à une fillière dont le neud coullant passé à son col et très serré; ayaut visitté toutes les parties de son corps, nous les avons trouvées dans leur état naturel, excepté tout le tour du col imprimé et la trachée artère par la pression du nœud coullant de la corde, à laquelle elle estoit pendue, pourquoy, nous estimons que c'est ce quy luy a occasionné la mort. »

La femme Langlois était « depuis longtemps aliénée, de telle sorte qu'elle donnait chaque jour de nouvelles preuves d'une folie caractériséc ». Le sénéchal ordonne son inhumation « en terre sainte ».

A. Corre et Paul Aubry

morve et bave qui sortait de son ncz et de sa bonche, et ayant remarqué un gonflement considérable à la langue, noir et livide, de plus je remarque sur les extrémités inférieures une lividité considérable étant occasionnée par l'interruption de la circulation du sang, s'étant étranglé au moyen d'un nœud coulant à la corde. Tel est mon raport. »

(1) A Locminé une chapelle lui est dédiée; Ogée dit : « Qu'on y attache les personnes attaquées de folie; on assure qu'elles guérissent ou qu'elles meurent dans l'espace de neuf jours. » T. II, p. 437.

(2) *Archives des Côtes-du-Nord*, B. 638, Lamballe.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

En France. — Le conseil supérieur de l'Assistance publique est appelé à délibérer, dans sa prochaine session qui s'ouvre le 5 mars, sur le rapport de MM. les D^rs^ Magnan et Legrain, tendant à la création d'asiles spéciaux pour les alcooliques.

Voici les conclusions définitivement adoptées par la 4^e^ section dans ses séances des 14 et 15 février, qui seront soumises à l'examen du conseil supérieur :

Article 1^er^. Les aliénés alcooliques doivent être traités dans des établissements spéciaux. En attendant que la création de ces asiles départementaux ou régionaux soit effectuée, les aliénés alcooliques doivent être isolés dans chaque asile, dans des quartiers spéciaux.

Art. 2. Des articles additionnels à la loi sur l'ivresse et à la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés autoriseraient la séquestration des ivrognes délinquants et des aliénés alcooliques, et leur maintien pendant le temps nécessaire à leur guérison.

Tout délinquant par ivrognerie serait l'objet d'un rapport médical, sur les conclusions duquel on pourrait, s'il y a lieu, pourvoir à son internement dans un asile spécial pour les alcooliques.

Le conseil supérieur de l'Assistance publique émet les vœux :

A). Qu'un impôt plus élevé frappe la production de l'alcool en France; que, par suite, se trouve supprimé le privilège des bouilleurs de cru; que des mesures législatives soient prises pour qu'il n'entre dans la consommation que des alcools rectifiés;

B). Qu'un dégrèvement aussi considérable que possible soit effectué sur le vin, le cidre, la bière, le thé, le café, le sucre;

C). Que le droit de licence des cabarets soit augmenté;

D). Que les licences ne soient accordées à l'avenir qu'à des conditions déterminées (chiffre de la population, etc.);

E). Que la vente des boissons spiritueuses soit prohibée dans les prisons; que la qualité des boissons spiritueuses vendues dans les cantines de l'Etat et des municipalités et dans les cantines de l'armée soit soumise à une surveillance spéciale;

F). Qu'une application plus rigoureuse soit faite des lois répressives de l'ivresse;

G). Que des sociétés d'abstinence et des sociétés de patronage consolident au dehors la réforme salutaire commencée à l'asile;

H). Que des établissements de consommation pour les abstinents complètent l'ensemble des moyens curatifs de l'alcoolisme.

Le conseil supérieur de l'Assistance publique a consacré sa séance de l'après-midi du 7 mars à la discussion du rapport de MM. les Drs Magnan et Legrain.

Après un débat long et approfondi, auquel ont pris part un grand nombre de membres du conseil, les résolutions suivantes ont été votées :

Le conseil supérieur de l'Assistance publique, préoccupé des progrès de l'alcoolisme et de ses grands dangers, et consulté par le gouvernement sur l'utilité de la création d'asiles spéciaux pour les alcooliques, émet les vœux suivants :

1° Que le gouvernement encourage la création d'établissements spéciaux pour les aliénés alcooliques, et l'organisation de quartiers spéciaux dans les asiles ;

2° Qu'une application plus rigoureuse soit faite des lois contre l'ivresse publique.

Le conseil supérieur signale, en outre, aux pouvoirs publics l'utilité plus grande et plus pressante encore, de rechercher et d'appliquer les moyens de prévenir l'alcoolisme.

En Norwège. — On lit dans le *Petit Temps* (n° du 1er mars 1895) :

En Norwège, on comptait, d'après le dernier recensement général, un débit d'alcool sur 6,600 habitants. Pour bien faire ressortir la portée de ce chiffre, disons qu'en Prusse, il y a un débit par 203 habitants et en Belgique, un par 36 habitants.

On a été d'avis, en Scandinavie, qu'un « cabaret vendant du schnick » sur 6,600 habitants était encore trop, et les Chambres sont donc intervenues pour restreindre de nouveau la consommation de l'alcool par la suppression quasi complète des débits de détail. Une loi antialcoolique a été promulguée, il y a trois mois, par laquelle le commerce de détail de l'alcool est interdit à tout particulier, au profit d'une société qui doit employer les bénéfices réalisés à des œuvres de bienfaisance publique. Les concessions de débit étaient, depuis, toujours octroyées pour la durée d'un an seulement ; celles qui ont cours actuellement ne seront donc plus renouvelées à la fin de l'année présente.

Le commerce de l'alcool peut être même interdit dans chaque commune à la société concessionnaire du monopole, si la majorité des hommes et des femmes âgés de vingt-cinq ans et ayant leur domicile légal dans la commune réclame, par vote public, l'interdiction de la vente de l'alcool dans la commune. Dans ce cas l'interdiction est valable pour un terme de cinq ans.

La veille de fêtes et tous les samedis, tous les débits d'alcool doivent être fermés à partir de midi jusqu'au surlendemain matin. En semaine, ils ne peuvent ouvrir qu'à huit heures ; le

commeree de détail ne peut se faire que par un litre au maximum et un tiers de litre au minimum.

Pendaut les kermesses et les foires, pendant les journées électorales et eelles du tirage au sort, la vente d'aleool peut être eomplètement interdite par ordre du bourgmestre.

Quieonque jettera uu homme ivre à la porte est passible d'une amende et de dommages-intérêts envers eelui-ei. L'ivresse publique même est punie d'une amende et de la prison.

Est eonsidéré eomme aleool tout liquide eontenant plus de 21 p. 100 d'aleool.

En Belgique. — Dans une réeeute séanee du Sénat belge, le ministre de la justiee, M. Lejeune, a fait, en termes très énergiques, le proeès de l'aleoolisme en Belgique et demandé des mesures proteetriees eontre ee fléau grandissant. Il a rappelé, à cette oeeasion, que, dans les vingt dernières années, la Belgique avait eonsommé pour 2 milliards 600 millions d'aleool.

Inutile de faire remarquer que l'aleool de bonne qualité n'entre que pour des quantités insignifiantes dans la eonsommation totale. C'est l'aleool à 25 eentimes la bouteille, a dit le ministre, qui est l'aleool de l'ouvrier.... et du nègre.

(*Le Bulletin médical*, n° du mereredi 27 février 1895.)

LE SUICIDE CHEZ LES FEMMES

M. Guillaume Ferrero vient de eommenter, dans une revue anglaise, les statistiques relatives aux suicides féminins.

On sait que, d'une manière générale, les suieides d'hommes sont beaueoup plus nombreux que eeux de femmes. Ainsi, en Franee, sur einq suieides, on n'en trouve qu'uu féminin, et cette moyenne est à peu près eelle de toute l'Europe.

Toutefois, si l'on ne prend que les suieides par désespoir d'amour, on trouve, ehez la plupart des peuples d'Europe, que les femmes fournissent à la mort volontaire deux ou trois fois plus de vietimes que les hommes. C'est à ee sujet que M. Ferrero remarque que la Franee et la Prusse, seules, font exception à eette règle, et que les Français, eomme les Prussiens, qui se tuent par amour, sont plus nombreux que les femmes des mêmes pays.

En France, la proportion de ecs suieides spéciaux est de 15,48 p. 100 parmi les hommes, et de 13,16 p. 100 parmi les femmes; et en Prusse, les ehiffres eorrespondants sont de 12 et 8.

En Autriehe, par eontre, le ehiffre des suicides par chagrin d'amour est de 5,8 pour les hommes et de 17,4 p. 100 pour les

femmes ; en Saxe, de 1,83 pour les hommes et de 5,18 pour les femmes.

Il n'est pas jusqu'à l'amour conjugal auquel les Français soient plus sensibles que les Françaises ; car, toujours d'après M. Ferrero, pour 50 maris malheureux ayant mis fin à leurs jours pour avoir été abandonnés, et pour 41 veufs qui n'ont pas voulu survivre à leurs compagnes, il n'y aurait eu, en un temps donné, que 14 femmes n'ayant pu résister à la douleur causée par la fuite ou la mort d'un époux. (*Revue scientifique*, numéro du 19 janvier 1895.)

UN PERSÉCUTÉ EN LIBERTÉ

On mande de Fontainebleau au *Temps* (n° du samedi 26 janvier 1895) :

« Un drame terrible s'est produit, cet après-midi (24 janvier), dans le train qui part de Paris à deux heures vingt-cinq. Cinq personnes se trouvaient réunies dans un compartiment de troisième classe, trois femmes, dont deux religieuses et deux hommes. Le train venait de quitter la gare de Fontainebleau, lorsqu'un des deux hommes, sortant un revolver de sa poche, se mit à tirer sur ses compagnons de voyage. L'une des deux religieuses, la sœur Joseph, fut tuée net d'une balle qui l'atteignit à la nuque. L'autre religieuse, la sœur Angélique, a été blessée à la main. Toutes deux appartiennent au couvent de la Genevraye, près de Nemours. M. Arlouet, de Pontigny (Yonne), a été atteint au menton ; sa blessure est peu grave ; de même M^lle^ Bonnisset, qui se rendait à Marseille, a été blessée sans gravité à la lèvre.

« Au bruit des détonations, les voyageurs des compartiments voisins firent manœuvrer le signal d'alarme. Le train stoppa. L'assassin fut aussitôt maîtrisé par le personnel du train.

« Le parquet de Fontainebleau a procédé dans la soirée aux constatations judiciaires. Il résulte de l'interrogatoire auquel l'auteur de ce cruel et stupide attentat a été soumis qu'il ne jouit pas de sa raison. Il a été écroué à la maison d'arrêt. Il n'a pas été, jusqu'à présent, possible d'établir son identité.

« Le corps de l'infortunée sœur Joseph a été déposé à l'hospice de Moret. C'est également à Moret que les blessés ont reçu les soins que nécessitait leur état. »

Le *Petit Temps* du même jour donne des détails complémentaires sur ce drame et fournit sur son auteur, un camionneur nommé Jacquemard, les détails suivants :

« Se trouvant sans place depuis quelque temps et se croyant

en butte à d'incessantes persécutions, il avait pris le parti de retourner, avec sa femme et ses quatre enfants, dont l'aîné a sept ans, à Arbois (Jura), son pays, où il possède quelque bien.

« Il avait, pour se défendre contre ses persécuteurs, acheté un revolver, il y a quelques jours. Mais, avant le départ, sa femme était parvenue à le lui enlever.

« Comment, pendant le trajet de Paris à Fontainebleau, a-t-il pu reprendre cette arme, c'est ce qu'on ignore encore.

« Toujours est-il qu'à un moment donné, sans que rien ait pu déceler ses intentions, Jacquemard fit feu par cinq fois sur les voyageurs qui se trouvaient dans le compartiment voisin du sien, par-dessus la séparation. Un des blessés s'étant caché sous la banquette, Jacquemard, dans son égarement, enjamba la balustrade et frappa le blessé à grands coups de pied sous la banquette.

« Le signal d'alarme fut tiré par les voyageurs affolés et, le train arrêté, les employés s'emparèrent du meurtrier et le gardèrent jusqu'à l'arrivée à Moret, où il fut remis à la gendarmerie, dans un état de prostration complète. »

Cette douloureuse affaire n'a eu sa conclusion logique que tout récemment, comme nous l'apprend la dépêche suivante de l'Agence Havas :

« Fontainebleau, 4 mars.

« Le sieur Jacquemard, auteur du meurtre et de la tentative de meurtre commis en chemin de fer le 24 janvier entre Fontainebleau et Moret, a été reconnu atteint d'aliénation mentale (délire de la persécution) et par suite absolument irresponsable de ses actes.

« Une ordonnance de non-lieu vient d'être rendue par le juge d'instruction et, en vertu d'un arrêté du maire de Fontainebleau, Jacquemard a été interné à l'hôpital de Fontainebleau, en attendant son transfert dans un asile spécial. »

FAITS DIVERS

La médecine mentale à l'Exposition de 1900. — Comme dans les expositions internationales précédentes, la médecine mentale occupera une place dans celle de 1900. Elle est comprise dans la classe 111 (Assistance publique), groupe IV, qui, dans la classification générale, publiée récemment, est subdivisée de la façon suivante :

IV. *Assistance des aliénés.* — Asiles publics et privés; quartiers d'hospice ; maison de santé. — Assistance dans les

colonies agricoles. — Institution spéciale pour les enfants idiots et les épileptiques. Moyens d'éducation.

Le huitième groupe de cette classe ne peut manquer d'intéresser aussi les médecins aliénistes ; il concerne le *personnel des établissements de bienfaisance*, les écoles d'infirmiers et d'infirmières.

Interpellation à la Chambre des députés sur le meurtre commis par un aliéné. — Le *Temps* (n° du jeudi 28 février 1895) annonce que M. C. Goujat, député de la circonscription de Cosne, vient de déposer sur le bureau de la Chambre une demande d'interpellation sur le meurtre du garde-champêtre de Chaulgnes (Nièvre), par un aliéné.

La Chambre, dans sa séance du jeudi soir 28 février, a fixé cette interpellation après la discussion du budget. Les *Annales* en rendront compte dans le prochain numéro.

Récompense pour acte de courage. — Le ministre de l'intérieur a décerné, le 27 janvier 1895, une médaille d'argent de deuxième classe à M. le Dr Le Pié, médecin légiste à Roueu, qui, le 9 décembre 1894, a été blessé en désarmant une femme atteinte d'aliénation mentale.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE POUR L'ANNÉE 1896

PRIX AUBANEL. — 2,400 francs. — Question : *Des variétés cliniques du délire de persécution.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Nota. — Les mémoires manuscrits pour ces deux prix devront être déposés le 31 décembre 1895, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Ces mémoires devront être inédits et pourront être signés ; ceux qui ne seront pas signés seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

ERRATUM

A la page 73 (ligne 29) du numéro de janvier-février 1895, au lieu de 9 p. 100, lire 0,9 p. 100.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — Imprimerie L. MARETHEUX, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

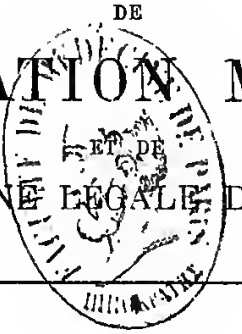
JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Pathologie

L'ALCOOLISME CHEZ LES ENFANTS

Par le Dr Paul MOREAU (de Tours).

Avec nombre d'auteurs les plus autorisés, nous nous sommes souvent élevé avec énergie contre l'abus que la Presse faisait parfois de sa liberté en insérant une foule de faits dont la reproduction est un danger réel pour la morale publique, par la redoutable incitation qu'elle apporte en faisant germer à son insu dans des cerveaux, mal équilibrés sans doute, mais qui, sans l'exemple, auraient peut-être échappé à une contagion malsaine des phénomènes morbides à l'état latent. Il faut reconnaître cependant que, dans la multiplicité des faits divers, il en est qui, réunis, groupés, attirent l'attention et font naître des études qui probablement seraient restées à l'état de simples observations disséminées çà et là dans des recueils spéciaux. De l'ensemble de ces faits on est amené à tirer un enseignement pré-

cieux et à pousser un cri d'alarme contre le mal sans cesse envahissant, à prendre enfin les mesures prophylactiques nécessaires à lutter contre le fléau.

L'alcoolisme, on ne le sait que trop, est une des misères humaines qu'on ne saurait dédaigner, ni nier. Cette terrible passion mérite d'exciter l'attention de notre temps, d'éveiller sa vigilance, de provoquer ses méditations,

Le flot est menaçant, il monte, monte sans cesse. Nous n'avons pas l'intention de recommencer une étude déjà si souvent faite et si profondément fouillée par les hommes les plus compétents en la matière, moralistes, médecins, hygiénistes, etc.

Notre but est plus restreint et cependant il n'est pas moins important, et ce n'est pas sans une profonde tristesse que nous ouvrons un chapitre spécial pour l'alcoolisme chez l'enfant.

Il n'est pas extrêmement rare, en effet, de lire dans les faits divers des journaux, des histoires d'enfants ramassés ivres-morts dans les rues. Et ces faits ne sont pas notés seulement dans nos pays. On les constate également à l'étranger, ainsi que nous le démontre une note envoyée de Vienne, disant qu' « un maître d'école du quartier de Léopoldstadt s'est vu forcé de rendre à ses parents un de ses élèves qui arrivait en classe en état complet d'ivresse ». L'enfant a avoué avoir bu, chemin faisant, dans un cabaret, un quart d'eau-de-vie. Les journaux font à cette occasion la remarque que ce fait n'est malheureusement pas isolé et que l'on rencontre de temps en temps, dans la rue, des écoliers en état d'ivresse manifeste (12 novembre 1888).

Si nous rapprochons ces faits des rares observations publiées dans les journaux de médecine, on est réellement stupéfait de voir le rôle important, méconnu jusqu'à un certain point, que joue l'alcool dans le jeune âge.

Dans cette étude forcément incomplète, vu la faible quantité d'observations dont nous disposons, notre but est surtout d'attirer l'attention sur ce fait spécial, de faire appel au souvenir de nos confrères et les engager à produire les cas qu'ils auront pu observer, de manière à fournir les documents nécessaires à un travail complet et dont l'utilité n'échappera à personne.

Mais avant d'aborder les faits, il convient de définir et de bien s'entendre sur ce que l'on nomme *ivresse*, *dipsomanie*, *alcoolisme*. Si dans les trois cas l'alcool est le grand coupable, les différents signes, par lesquels il révèle son influence néfaste sur l'économie, ne sont pas moins très tranchés.

1° *Ivresse.* — L'ivresse est une des manifestations de l'action des substances alcooliques. Elle n'est pas une maladie, elle est une véritable intoxication due à l'ingestion d'une substance ébriante. L'individu qui se trouve en état d'ivresse est un empoisonné. Les causes qui peuvent produire cet état sont multiples et parfois parfaitement indépendantes de la volonté, et, pour ne citer qu'un exemple, il suffit de rappeler l'ivresse causée par la simple respiration dans un lieu chargé de vapeurs d'alcool. Mais le plus ordinairement l'ivresse a lieu par l'absorption. Un verre de vin ou de liqueur de plus que ce que l'on prend habituellement, une disposition morbide passagère, sont autant de causes qui peuvent mettre un individu en état d'ivresse. Aussi les quantités d'alcool nécessaires pour produire cette intoxication sont tellement variables pour chaque personne qu'il est impossible de les indiquer, même d'une manière générale. On peut être ivre sans pour cela être ivrogne.

2° *Dipsomanie.* — Tout autre est la dipsomanie. Le dipsomane est un véritable délirant impulsif. Il est en proie à des accès plus ou moins fréquents pendant lesquels il est entraîné irrésistiblement à ingérer des

boissons alcooliques et à en abuser. Cet état est passager : dans l'intervalle le dipsomane est d'une sobriété qui contraste singulièrement avec l'état qu'il présente dans ses accès.

Cette maladie est très rare dans le jeune âge ; cependant on en trouve quelques exemples à l'époque de l'établissement de la puberté et ce sont surtout les jeunes filles qui en sont les victimes.

3° *Alcoolisme.* — Sous le nom d'alcoolisme on désigne l'ensemble des accidents aigus, causés par l'abus des boissons alcooliques. Au point de vue moral, les habitudes alcooliques des parents créent chez les enfants une aptitude spéciale aux mêmes habitudes, souvent, plus souvent encore, une prédisposition redoutable aux maladies mentales et aux lésions des centres nerveux.

Lorsque les excès alcooliques deviennent habituels, il se produit à la longue, et indépendamment des accidents aigus, une altération plus profonde et plus durable, non seulement des fonctions nerveuses, mais encore des fonctions respiratoires, circulatoires, digestives, etc.

Nous n'avons pas à insister sur le développement de chacune de ces formes dont tout le monde connaît les symptômes. Si nous en parlons, c'est que dans les exemples que nous avons à citer dans le cours de ce travail, nous les voyons toutes représentées, ce qui nous permet de dire que dans l'enfance on retrouve encore dans cette manifestation morbide les mêmes phénomènes, les mêmes caractères, les mêmes symptômes de ce que nous voyons chez l'adulte.

Causes. — Quelles sont les causes qui déterminent l'alcoolisme chez les enfants ?

Elles sont multiples et d'origine très différente. Comme pour les autres affections, on peut cependant les ranger sous deux chefs principaux : causes déterminantes et causes occasionnelles.

Au nombre des premières, la plus importante de toutes est l'hérédité.

Hérédité. — Ce n'est pas là une observation nouvelle et, de tous temps, on avait noté la funeste influence de la transmission de l'alcoolisme par les parents à leur descendance.

De toutes les passions l'ivrognerie est une de celles qui se transmet avec le plus de régularité. Morel, dans son *Traité des dégénérescences humaines* (1) n'hésite pas à admettre que beaucoup d'enfants, nés de parents alcooliques, sont irrésistiblement poussés à la boisson. « Les enfants, dit-il, peuvent hériter directement des tendances alcooliques de leurs parents et pour peu qu'ils apportent en naissant, comme c'est l'habitude, des facultés intellectuelles bornées ou que leur éducation soit mal dirigée, leur avenir est on ne peut plus compromis, tant au point de vue du développement organique qu'à celui de leurs facultés intellectuelles et affectives. »

Lancereaux, aux travaux duquel il faut toujours se reporter lorsqu'on étudie l'alcoolisme, résumant les accidents héréditaires habituels qu'il a constatés, signale tout d'abord « dès le jeune âge la susceptibilité nerveuse, bizarre, excessive ; les précoces besoins d'excitants alcooliques, besoins qui se transforment au moment de la puberté en une irrésistible passion... ».

Ces jeunes êtres dégradés à peine venus au monde, prédisposés, d'une part, par l'hérédité, d'autre part, par la faible résistance de leurs organes qui n'ont pas encore atteint leur entier développement, deviennent rapidement les victimes de leurs funestes excès. Insom-

(1) Morel. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives.* J.-B. Baillière, édit. Paris, 1857.

nies, hallucinations terrifiantes, tremblements, etc., décèlent leur délire, confirmé bientôt par d'autres symptômes non moins positifs. La figure est violemment injectée, les yeux sont brillants, la voix est altérée, la parole devient brève, impétueuse, les mouvements saccadés, les impulsions subites et redoutables. Parfois, point n'est besoin d'un pareil cortège de circonstances, de milieux, pour voir les malheureux succomber à leur maladie. Il arrive que chez certains d'entre eux, entourés des meilleurs exemples, vivant dans les conditions les plus favorables au développement des plus nobles facultés, l'alcoolisme se révèle de bonne heure, malgré tous les moyens mis en œuvre pour lutter contre cette effroyable maladie. Rien n'y fait : la tache héréditaire est là, et cette fatale loi réclamant ses droits, rien n'y peut soustraire l'enfant à peine entré dans la vie.

De plus les désordres nerveux graves que l'on rencontre chez les enfants, les convulsions, l'idiotie, l'imbécillité et plus tard les accidents épileptiformes, l'hystérie, l'hypocondrie, une appétence particulière à boire des liqueurs fortes doivent être mis le plus souvent au compte de l'hérédité alcoolique.

Mais ceci ne doit pas nous occuper. Nous n'avons en vue que l'hérédité directe de l'alcoolique.

Chose remarquable, quand l'alcoolisme est héréditaire, il se manifeste dès la plus tendre enfance (1) et ces cas s'observent, d'après Bourneville et Lyon, de plus en plus souvent. Les sujets de ce genre n'ont pas besoin de beaucoup d'alcool pour s'enivrer. Il leur suffit d'en ajouter la plus petite quantité dans leur eau pour être influencés.

Les faits qui prouvent l'hérédité directe abondent.

(1) *Progrès médical*, 1887-1888.

Morel a eu à soigner une femme qui, née de parents livrés à l'alcoolisme, dès l'âge de huit à neuf ans, ouvrait les armoires, descendait à la cave et cherchait de toutes manières à satisfaire sa détestable passion.

Moreau (de Tours) a connu un jeune homme chez qui ce penchant se liait à l'aliénation. Ce malade n'avait pas de fous dans sa famille ; mais son père avait l'habitude de l'ivresse. Le fils n'avait pas encore abusé de la boisson ; mais, chaque fois qu'il avait de la contrariété, il éprouvait un singulier penchant à s'y livrer.

Gall cite l'exemple d'une famille russe dont le grand-père et le père ont été de bonne heure victimes de leur penchant de s'enivrer. Le fils, quoiqu'il prévît les suites de ce travers, continua de s'y abandonner comme malgré lui, et le petit-fils, enfant de cinq ans, manifestait déjà l'inclination la plus décidée pour les liqueurs fortes.

Descuret (1) rapporte une bien instructive observation du même genre : un nommé L... devint ivrogne par suite de pertes d'argent considérables et finit par mourir d'apoplexie. Les enfants furent élevés par un oncle. Les trois filles et le garçon que L... avaient eus avant de se livrer à l'ivrognerie étaient très sobres ; les deux autres garçons, au contraire, l'un à l'âge de neuf ans, l'autre à sept, montraient un goût prononcé pour le vin. Le frère de L... employa les précautions les plus sévères pour empêcher ce fatal penchant de se développer; il leur interdit l'usage du vin, même à leurs repas ; il leur défendit d'en accepter quelque part qu'ils se trouvassent et, lorsqu'il venait à apprendre qu'ils en avaient bu, il les fustigeait de manière qu'ils conservassent longtemps le souvenir de leur désobéissance. A l'aide de ces moyens, il parvint à arrêter quelque temps leur prédisposition héréditaire; mais, à peine furent-ils en apprentissage que toutes les précautions échouèrent. A l'âge de seize et dix-huit ans, ils fréquentaient ensemble les tavernes et plus d'une fois y passèrent la nuit sous les tables.

A l'hérédité il faut rapporter ces cas que l'on observe d'enfants qui, dès le plus bas âge, outre une tendance

(1) Descuret. *Médecine des passions*, I, 400. Labé édit. Paris, 1860.

invincible à la boisson, manifestent un caractère des plus enclins au mal et des plus redoutables (1).

E..., enfermé dans une maison spéciale pour y recevoir les soins que nécessite un violent accès de manie aiguë déterminé par l'excès de boissons alcooliques, avait été l'objet de tous les soins qui peuvent entourer l'unique héritier d'une belle fortune. Mais tous les soins avaient échoué contre la nature la plus perverse et le caractère le plus indomptable que l'on puisse se figurer.

Des instincts cruels se révèlent chez cet enfant à une époque de la vie où le jeu est l'unique préoccupation, le seul besoin de l'existenee. E... n'avait d'autre plaisir que de torturer les animaux et il apportait dans ses actes de cruauté un raffinement dont il est difficile de se faire une idée. Il leur arrachait leurs petits, leur faisait subir une sorte de jugement et les poignardait sous les yeux de leur mère. Et il n'avait pas plus de six ou sept ans! En grandissant, les instincts de cruauté ne firent que s'accroître et il est heureux qu'un isolement fait en temps opportun, ait prévenu les catastrophes qui seraient néecssairement arrivées, si cet être dégradé avait joui de l'entière liberté de ses actes.

Le père était alcoolique, violent, emporté.

Morel a connu un enfant né aussi d'un père alcoolique et excentrique, qui, dès l'âge le plus tendre, avait montré des instincts cruels. A trois ans, il était devenu la terreur des petits enfants de la localité et leur faisait subir des tortures ineroyables. Plus tard, cet enfant devint alcoolique comme son père, se livra aux plus honteux excès et finalement fut enfermé dans une maison de santé.

Ces exemples suffisent pour montrer toute l'importance que l'on doit attacher à l'influence de l'hérédité pour la transmission de l'alcoolisme.

Une autre forme de l'alcoolisme « héréditaire », si l'on veut employer ici ce mot, est due à ce que nous appellerons l' « *observance des traditions de pays ou de famille* ».

(1) Moreau (de Tours). *De l'homicide commis par les enfants.* Asselin édit. Paris, 1882.

C'est ainsi que nous voyons un usage assez répandu dans les pays du nord et en Écosse principalement, de faire téter aux enfants, pour apaiser leurs cris, un tampon imbibé d'une liqueur très forte, très alcoolique, du wisky, par exemple, et de les fortifier après le sevrage au moyen de doses plus ou moins fortes de ces mêmes liqueurs.

D'après Lippek, à Leybach, surtout chez les gens pauvres, il est passé en proverbe qu'il faut donner du vin aux enfants pour faciliter le travail de la dentition. La femme qui pendant ses couches a usé de l'alcool en usera à son tour pour son nourrisson.

Pendant le siège de Paris, alors que tout manquait, le vin était abondant. Le nombre de femmes devenues alcooliques à cette époque est incalculable. Le vin remplaçait la nourriture absente ou servait à déguiser la saveur affreuse des produits hétéroclites auxquels on était obligé de recourir pour tromper sa faim. Subissant la misère commune, les enfants suivaient le même régime. Aussi les cas d'alcoolisme furent-ils fréquents et la génération actuelle se ressent de cet état de choses.

A Vienne, en Autriche, une enquête récente a établi que les parents font boire communément de l'eau-de-vie à leurs enfants qui arrivent à l'école hébétés d'ivresse.

Il est encore de nos jours, malgré tout ce que l'on peut faire pour lutter contre une pareille tendance, des départements où l'alcool règne en maître.

Tourdot (1) nous apprend que le foyer domestique est, dans la Seine-Inférieure, entre autres, une école d'ivrognerie pour les enfants. Ces derniers, si jeunes qu'ils soient, reçoivent leur ration d'eau-de-vie dans les grands jours de fête. C'est ainsi que se développe de bonne

(1) Tourdot. *L'alcoolisme dans la Seine-Inférieure.* Thèse de Paris 1888.

henre chez le petit Normand le grossier penchant pour l'alcool.

D'autres auteurs ne craignent pas de mettre sur le compte du traitement par l'alcool, dont on fait tant d'abus de nos jours, la prédisposition à l'alcoolisme chez quelques enfants. « Il faut avouer, dit Kowalesky (1), que dans bon nombre de cas ce sont les prescriptions médicales qui sont la cause de l'ivrognerie chez les enfants. En ordonnant le vin à un petit enfant affaibli et chétif pour réveiller son énergie, les médecins oublient parfois, que cet être fragile porte peut-être en lui le germe de l'alcoolisme de son père et qu'il suffit d'une étincelle pour provoquer l'explosion. Qu'on nous jette l'anathème, mais nous nous opposons formellement à la prescription de l'alcool aux enfants sous n'importe quelle forme. Un buisson de roses cache souvent une couleuvre et il faut savoir être prudent quand la vie d'un être humain est en jeu. »

Comme notre honorable confrère nous sommes disposé à réprouver l'abus qui se fait de nos jours d'un traitement dont l'efficacité est cependant sans conteste. L'alcool peut et doit être administré. Ce serait commettre une grave erreur, à notre avis, que de se priver bénévolement d'un médicament aussi actif, aussi précieux. Mais il faut savoir en user et non pas en abuser. Dans l'administration de l'alcool, en effet, il est du devoir strict du médecin d'examiner à fond son malade ; de fouiller ses antécédents et, s'il y découvre la moindre trace d'alcoolisme, il doit s'abstenir du traitement par l'alcool. L'appliquer en ces conditions serait risquer de

(1) Kowalesky. *De l'ivrognerie, ses causes et son traitement.* Traduit par Woldemar de Holstein. Karkoff, 1889.

A l'appui de cette appréciation, nous pouvons renvoyer à l'observation de la page 364 qui montre le danger d'un traitement alcoolique.

réveiller une prédisposition latente, ce qu'à tout prix il faut éviter. Le remède dans ce cas serait pire que le mal à combattre. Mais si l'enfant ne présente aucune hérédité, pourquoi ne pas se servir d'un traitement qui peut rendre et rend de si grands services? Appliqué d'une manière judicieuse, l'alcool a sauvé bien des existences. Mais il faut le considérer comme un médicament dangereux, difficile à manier, l'administrer avec précaution pour en retirer tous les bons effets qu'il comporte. A cette condition, à cette condition seule, nous le répétons, il ne saurait être dangereux, tout au contraire, il est éminemment utile.

Causes occasionnelles. — Les causes occasionnelles sont, avons-nous dit, multiples. Mais il ne faut pas perdre de vue que, dans la majorité des cas, sinon dans tous, les enfants qui se laissent aller à ce vice sont des héréditaires, des prédisposés.

Dans les cas les plus simples et les plus fréquents, l'enfant a soif. On lui donne ou il prend lui-même du vin, de la liqueur; après une première gorgée il trouve « ça bon, » comme il l'avoue, et il continue sans méfiance. Les faits relatés à ce sujet ne sont pas très rares et tous sont conçus dans les mêmes termes, ainsi qu'on peut en juger par les exemples suivants :

Le 19 mai, des gardiens de la paix rencontraient, le soir, sur le quai Saint-Bernard deux gamins de douze et treize ans, complètement ivres. Ces enfants furent conduits au poste central du V^e^ arrondissement. Là, on leur donna les soins que leur état réclamait. Interrogés, ils avouèrent qu'ils avaient défoncé un tonneau de vin déposé sur le quai devant la halle et qu'ils avaient bu d'abord parce qu'ils avaient soif et ensuite parce qu'ils avaient trouvé le vin bon, de sorte qu'ils avaient continué à boire jusqu'à complète ivresse.

Une autre fois, la curiosité sera le premier mobile.

Un enfant de onze ans, nommé Alphonse L..., galopinait

le soir sur la berge du canal Saint-Martin. Sur le quai de Seine, une rangée de fûts d'alcool l'attira, et il se mit à sauter de l'un à l'autre, lorsqu'il remarqua que le tampon de l'un des fûts, mal bouché, se soulevait. Le gamin s'approcha curieusement avec une tentation folle de goûter à la liqueur. Il était seul. Sur le point d'approcher les lèvres de l'ouverture, il regarda de tous côtés, jetant des regards rapides autour de lui. Personne ne le surveillait. L'occasion était décidément bien tentante; il but une gorgée. L'enfant trouva ça bon. Sans défiance, il but encore une lampée, puis une autre, et toujours. Tant et si bien que le malheureux, inconscient de ce qu'il faisait, absorba la liqueur traîtresse jusqu'au moment où il tomba ivre-mort à côté du tonneau.

Des ouvriers passant par là, l'ont trouvé dans cet état. Le petit garçon, dont on ne savait à quoi attribuer l'évanouissement, a été transporté au poste de secours où un médecin lui a donné les soins nécessaires. Son état est grave.

Loin de mettre un frein au goût marqué que montre l'enfant pour les liqueurs fortes, certains parents sans conscience, sans prudence, avilis, se font au contraire un jeu de le pousser à boire, de le griser et par son ivresse ce malheureux enfant devient la risée et le jouet des misérables qui n'ont pas honte d'abuser de sa faiblesse et de son inexpérience.

Il suffit de parcourir les quartiers excentriques un dimanche, un jour de fête, et l'on sera stupéfait de voir attablés avec leurs parents, à la porte d'un de ces marchands de vin de bas étage qui pullulent dans ces régions ouvrières, des enfants de quatre, cinq, sept, dix ans, en face d'un verre de vin. L'enfant refuse-t-il de boire? Ce sont des réprimandes, parfois même des taloches qui ont raison de sa répugnance, et sous l'empire de la terreur, il absorbe le poison. Est-il malade après? sans s'émouvoir le père répond, ainsi qu'il m'a été dit : « Ce petit b...-là ne peut pas seulement prendre un verre de vin; il faudra cependant qu'il s'y habitue ».

Et un autre inconscient à qui je reprochais incidemment de donner à boire, comme il le faisait, à son jeune fils, âgé de sept ans à peine, me répondait : « Mais, docteur, si vous saviez comme le petit est gai et content quand il a bu ! Et puis, vrai, il est si drôle, si amusant que ça fait rire tout le monde ! ». Malgré tout ce que j'ai pu dire, malgré toute l'éloquence que j'ai déployée, pour convaincre le père du danger irrémédiable qu'il faisait courir à son enfant, malgré le plus noir tableau des misères qu'il réservait volontairement à son fils, je n'ai pu arriver à lui faire entendre la voix de la raison. On m'a traité de « gêneur, d'oiseau de vilain augure », et on ne comprenait pas, ou plutôt on ne voulait pas comprendre, qu'un peu de vin de temps en temps pouvait avoir une aussi fâcheuse influence sur l'avenir de l'enfant. Le père, travaillant ferme, buvait sec, mais jamais il ne s'était grisé. Il supporte le vin, dit-il, et c'est impossible que ça fasse du mal.

Quelle triste destinée est réservée à cet enfant ! Fils d'alcoolique, il le deviendra bientôt lui-même, et très vite, par la double influence de l'hérédité et de l'éducation. Notez que ce n'est pas là un fait isolé. Ils sont légion, les parents assez peu intelligents pour comprendre tout le danger qu'il y a apprendre à boire à leurs enfants.

Sans respect de sa dignité et oublieuse de son rôle, c'est parfois la mère elle-même qui force son enfant à boire.

Madden cite l'exemple d'un enfant de huit ans, fils d'une mère livrée aux excès de boisson, qui lui avait appris à s'enivrer avec de l'eau-de-vie.

Il y a quelque temps, vers sept heures et demie, une femme de trente à trente-cinq ans remontait en titubant la rue Monge. Elle menait par la main un enfant de cinq à six ans. Arrivée en face de l'église des Bernardins, elle tomba dans le ruisseau.

Des passants s'approchèrent pour la relever, mais elle se débattit désespérément et fut bientôt en proie à une violente crise de nerfs. Le petit garçon, qu'on avait entouré et tenté d'interroger, ne répondait que par des cris ou des rires et des pleurs sans motif. On s'aperçut que la mère et l'enfant étaient ivres. Des gardiens de la paix les emmenèrent tous deux au poste de la rue Lacépède ; pendant le trajet, la femme avait perdu connaissance et il fallut la coucher sur un matelas où elle est restée immobile, comme en léthargie. Le petit garçon, bien que dégrisé, a conservé toute la soirée une très grande surexcitation nerveuse ; il a été impossible d'obtenir de lui un renseignement quelconque.

C'est là un de ces drames dont on n'a malheureusement que trop d'exemples.

Que dire aussi de ces patrons sans scrupules qui, pour obtenir un maximum de travail de leurs apprentis, de leurs mousses, les engagent et les poussent eux-mêmes à boire? On se préoccupe en ce moment du trafic de spiritueux qui se fait dans la mer du Nord. Le trafic a lieu à bord de véritables cabarets flottants et prend chaque jour une extension de plus en plus grande. Aussi la France, l'Allemagne, la Belgique, l'Angleterre et les Pays-Bas, frappés de l'immoralité des désordres et des abus que ce trafic engendre, se sont-ils concertés pour aviser aux moyens d'en combattre et d'en prévenir les progrès.

Dans le projet de loi on s'est vivement préoccupé des enfants mineurs et de la responsabilité des parents à raison des faits de ces enfants.

Personne n'ignore que, sur les bateaux de pêche, l'abus de l'alcool produit sur les jeunes pêcheurs les plus épouvantables résultats. Les patrons, trop souvent, flattent leurs goûts pour l'alcool, afin d'obtenir d'eux un travail plus considérable. « Nous obtenons d'eux, disent-ils eux-mêmes, par l'alcool, tout ce qu'ils peuvent donner comme travail. » La boisson excitante qu'ils

absorbent leur donne du « nerf », les stimule pendant quelques jours; mais, quand ils rentrent au port, ils tombent comme une masse pesante et ne tardent pas à présenter les symptômes de l'alcoolisme.

Un fait assez rare dans le jeune âge est l'ivresse recherchée par l'emploi de véritables poisons. Dans les pays orientaux l'emploi des solanées vireuses, hashich, opium, est courant. Il n'est pas étonnant que, suivant les exemples qu'ils ont sous les yeux, les enfants fassent de même, imitation rendue facile d'ailleurs par une prédisposition héréditaire. Mais lorsque les faits se passent dans nos pays d'Europe, on éprouve un certain étonnement.

En 1889, on surprenait à Boston (Amérique) trois jeunes filles dans une fumerie d'opium. Elles étaient assises, pipes en main, en compagnie de trois jeunes gens.

Un cas rare et des plus curieux est celui que rapporte le Dr Sédan (1).

Le sujet était un jeune garçon de dix ans, lorsque je le vis pour la première fois. Il avait la figure pâle rosée des anémiques, avait un souffle au premier temps du cœur et conservait néanmoins un état général satisfaisant. D'une intelligence vive et brillante, laborieux, travaillant avec succès, puisqu'il était un des meilleurs élèves du lycée, il me confia qu'il avait *bu* de l'éther et que c'était là tout le secret de sa vigueur morale. Il raisonnait d'ailleurs comme un homme et se promettait de n'user de ce moyen que dans le cas où son intelligence devrait fournir un effort.

Depuis lors, il a consommé de l'éther de plus en plus, de 20 à 30, 50, 80, 100 grammes par jour, autant par nuit, en vapeur, ne buvant pas, ne mangeant pas, ne quittant son ivresse éthérée que pour résoudre au tableau les plus difficiles questions de mathématiques supérieures.

(1) Cité par Guimbail. *Les morphinomanes*. J.-B. Baillière et fils. Paris, 1892, p. 52.

Il se levait la nuit pour frapper à la porte de tous les pharmaciens pour avoir de l'éther, volant ses parents pour s'en procurer. En vain a-t-il été présenté à mes deux éminents collègues, MM. les professeurs Noguès et Ripoll (de Toulouse), en vain toute surveillance a-t-elle été exercée, il a consommé en un jour 900 grammes d'éther, tant par la bouche que par les inhalations. Il est allé, m'a-t-on dit, jusqu'à 1 litre; je ne puis en douter.

Toujours est-il que, pendant neuf ans, un garçon chétif et de constitution absolument faible a pu journellement absorber des quantités d'éther variant entre 100 et 1,000 grammes, qu'il n'en a éprouvé aucun accident immédiat, et que sa mort, qui remonte à deux ans, environ a été le résultat d'une insuffisance mitrale en voie d'évolution.

Ce fait n'a d'intérêt qu'au point de vue de l'exagération même des quantités absorbées. Il convient d'ajouter que, pendant la dernière année, le malade a, en outre, employé l'éther et la morphine en injections sous-cutanées. Je ne lui ai jamais vu de délire et j'ai épuisé, pour le corriger, tous les moyens, non seulement conseillés, mais imaginables.

On sait que l'éthéromanie n'est pas rare en Irlande; tout le monde boit, hommes, femmes, enfants (1).

Dipsomanie. — Le dipsomane ne doit pas être confondu avec l'ivrogne ou l'alcoolique.

Le dipsomane peut être, et est presque toujours, un héréditaire, un prédisposé; mais, dans aucun cas, ce n'est un vicieux. C'est un délirant partiel intermittent, en proie à une véritable folie impulsive. Ce délire se manifeste par paroxysmes et c'est là un caractère essentiel. Il se montre chez des sujets jusque-là très sobres, mais, avons-nous dit, à tare héréditaire.

La dipsomanie n'est pas seulement l'apanage de

(1) Guimbal. Ouvrage cité, p. 52.

l'homme ; ou la rencontre aussi très fréquemment chez la femme.

On sait que chez elle, à certaines époques de sa vie physiologique, elle peut être soumise à des accidents de nature psychique, parfois et plus souvent passagers, parfois au contraire pouvant jeter un trouble profond et durable dans l'exercice de ses fonctions intellectuelles.

Les folies de la menstruation, de la ménopause sont trop connues pour qu'il soit besoin d'y insister ici. Mais parmi ces manifestations, la dipsomanie et l'alcoolisme sont une des plus fréquentes et, disons-le de suite, des plus difficiles à guérir.

Eh bien, ce fait, nous le retrouvons chez la jeune fille à ses premières menstruations.

Le Dr Icard (1) en cite plusieurs cas intéressants.

Mlle B..., pensionnaire dans une des grandes institutions de Paris, éprouva, à l'âge de quinze ans, au moment de l'établissement des époques, des troubles digestifs contre lesquels on employa vainement toutes sortes de remèdes. Son sommeil était agité et elle éprouvait une difficulté très grande pour le travail intellectuel.

Les vacances de janvier lui permirent de retourner dans sa famille. Quelques jours après, on reçut de la supérieure du couvent une lettre avertissant les parents que certaines révélations des compagnes de Mlle B... et d'une infirmière portaient à croire que la jeune fille buvait depuis deux mois du rhum, de l'eau-de-vie, de l'eau de mélisse et même de l'eau de Botot, qu'elle se procurait par toutes sortes de moyens.

Les parents établirent une surveillance active et découvrirent bientôt la vérité.

Des aveux de la jeune fille même, on put savoir qu'au couvent elle avait eu, en deux mois, deux accès de dipsomanie qui avaient duré chacun huit jours. En dehors de ces accès, elle avait un dégoût profond pour les liqueurs fortes. Avec le retour régu-

(1) Icard. *Contribution à l'état psychique de la femme pendant la période menstruelle.* Thèse de Paris 1889.

lier des époques, Mlle B... recouvra une santé parfaite et une aversion profonde pour les liqueurs alcooliques.

Mlle C..., d'un tempérament franchement lymphatique, n'était pas encore réglée à seize ans. A cette époque, elle éprouve les préludes de la menstruation, et l'on eut pour sa poitrine des inquiétudes qui cessèrent avec les premières apparitions des règles. A partir de ce moment, l'humeur de Mlle C. changea tout à coup. Elle devint triste et irritable, aimant à rester seule et pleurant souvent. En même temps, elle présentait tous les symptômes de l'intoxication alcoolique. Deux fois, au moment de ses époques, elle avait eu de véritables métrorrhagies. Mlle C..., que j'interrogeai, m'avoua que depuis longtemps, elle avait de véritables accès de dipsomanie qui duraient cinq à six jours, au moment des époques, pour reparaître régulièrement aux époques suivantes. J'ai suivi cette malade pendant deux ans. Les accès de dipsomanie finirent par ne se présenter que tous les deux mois, puis tous les quatre mois et ils disparurent complètement au bout de dix-huit mois.

Mme B..., quarante-trois ans, est une femme d'une bonne constitution. Elle a été réglée à quinze ans, mariée à vingt ans et a eu deux enfants.

Au moment de la première apparition des règles dont l'établissement a été laborieux, elle a été prise d'un goût très prononcé pour les boissons alcooliques, surtout pour l'anisette et pour le kirsch, dont elle buvait sept à huit petits verres par vingt-quatre heures, pendant cinq à six jours à chaque époque menstruelle, malgré toutes les remontrances de ses parents et la surveillance dont elle était l'objet.

Dans l'intervalle d'une époque à l'autre, honteuse de sa passion, elle ne buvait que de l'eau.

A partir de la huitième époque, elle rompit tout à fait avec cette habitude. Depuis l'âge de seize ans jusqu'à celui de quarante-trois ans, elle n'avait jamais bu de liqueurs et avait même un dégoût prononcé pour le vin. A quarante-trois ans, au moment où la ménopause s'établit, Mme B... vit se réveiller le goût pour les liqueurs fortes.

Malgré toutes les précautions, elle succomba de nouveau et eut plusieurs accès de dipsomanie. La ménopause s'étant définitivement établie, tous les accidents disparurent à tout jamais.

Quoique sortant un peu du cadre général de ce tra-

vail, cette observation nous a paru intéressante à donner en ce qu'elle montre très nettement le rôle que peut jouer l'établissement de la puberté et la ménopause chez certaines femmes. A ces deux époques, Mme B... présenta des troubles psychiques qui se traduisirent par des accès de dipsomanie. Dans l'intervalle, pendant toute la durée de sa vie utérine, pendant plus de vingt-sept ans, malgré les ébranlements physiologiqnes causés par deux grossesses, elle reste indemne ; elle ne buvait que de l'eau, repoussant toutes liqueurs, pour lesquelles d'ailleurs elle manifestait une horreur profonde. L'âge critique arrive : aussitôt Mme B... est reprise de ces accès qui signalèrent la première apparition des règles, accès qui disparaissent, la ménopause terminée, pour ne plus revenir. Cette observation prouve de plus combien il faut être réservé pour le pronostic.

Cullerre (1) rapporte le fait d'une dame de trente-cinq ans (antéeédents héréditaires et personnels) chez qui le premier accès de dipsomanie s'est produit à la puberté lors de l'éruption menstruelle et s'est renouvelé à diverses reprises au moment des règles. Un jour, sans avertissement d'aucun genre, on la voyait rire, hargneuse, s'abandonnant à la violence; dans la nuit, les règles arrivaient et, le lendemain, elle était guérie. Depuis la puberté, les erises de dipsomanie n'ont cessé de se produire. Elle s'est mariée à dix-huit ans. Pendant le eours de ses grossesses, les erises se suspendirent d'une façon complète, mais se produisaient quelques jours après l'aecouchement.

Il est difficile de trouver plus manifestement que dans ce cas une relation directe entre l'évolution menstruelle et la dipsomanie. La grossesse, en suspendant tout travail menstruel, suspend par cela même les troubles intellectuels qui reparaissent avec le retour des règles, et cela, régulièrement, chaque mois.

(1) Cullerre. *Les frontières de la folie.* J.-B. Baillière et fils éditeurs. Paris, 1888, p. 105.

Tamburini (1) rapporte l'observation d'un garçon de seize ans, de bonne famille, qui fut atteint de dipsomanie vraie et brusque. Sous l'influence des excès de boisson, il commit impulsivement des actes délictueux. Ses accès sont très irréguliers dans leurs manifestations. Dans l'intervalle, intégrité absolue de l'intelligence. Plusieurs de ses parents ont succombé à des affections cérébrales ; aucun signe de dégénérescence chez le jeune malade.

Forme. — La forme que peut revêtir l'ivresse chez l'enfant est assez variable. On peut y rencontrer presque toutes les variétés que nous voyons chez l'adulte. Cependant il en est une plus fréquente, constante, pourrait-on dire, c'est la forme qu'on peut appeler « massive ».

Forme massive. — L'enfant qui a bu avec excès tombe en général foudroyé, ivre-mort. Chez lui, les deux premières phases de l'ivresse, c'est-à-dire, l'excitation circulatoire, l'exaltation affective et intellectuelle, puis la perversion, sorte d'ataxie physique et intellectuelle, passent le plus souvent inaperçues, et il arrive d'emblée à l'apoplexie comateuse d'où rien ne peut le tirer. L'intelligence, la motilité, la sensibilité sont à la fois suspendues. La pupille se dilate, la température s'abaisse, l'œil devient atone et vitreux ; ce n'est plus qu'un corps inerte, à face livide ou pâle, à pouls misérable, à respiration stertoreuse. Il est ivre-mort. Après un sommeil de plomb, pendant lequel se manifeste une transpiration abondante, pouvant persister pendant de longues heures, l'enfant se réveille brisé, courbaturé et présentant des troubles digestifs. L'observation de la page 347 en est un exemple. La mort même peut être le résultat fatal ainsi qu'il résulte du fait cité plus haut (page 347).

(1) *Rivista sperimentale di freniatria e medecina legale*, anno X, 1888.

Forme furieuse. — La forme furieuse s'observe aussi. Le 14 octobre 1889, les journaux relataient le fait suivant en ces termes :

Une scène scandaleuse et qui a occasionné un rassemblement considérable s'est passée dimanche soir, vers onze heures, place de la Bourse. Une jeune fille, dans un état complet d'ivresse, était étendue sur le trottoir en face du n° 13, vociférant et accablant d'injures les passants qui faisaient cercle autour d'elle, et répondaient à ses discours par des quolibets. Des gardiens de la paix intervinrent et voulurent l'emmener au poste. Mais, en proie à une fureur indicible, la jeune fille opposa une résistance désespérée, mordant les agents, l'un au mollet, l'autre à la figure, un troisième à la main gauche. Ce n'est qu'après une demi-heure de lutte que les gardiens de la paix purent se rendre maîtres de cette forcenée. Pendant près d'une heure, elle incommoda les voisins du poste par ses hurlements. Avant de tomber dans la rue, elle avait causé de sérieux dommages dans un débit de vin de la rue Saint-Mare. Armée d'un couteau, elle tenait absolument à le plonger dans la poitrine du débitant.

Le commissaire l'a envoyée au Dépôt. Elle se nomme Jeanne B... et n'a pas dix-huit ans !

Forme gaie. — La forme gaie qui constitue généralement la première période de l'ivresse, existe naturellement chez l'enfant ; mais comme l'attention n'est pas attirée sur ce point, on met la gaieté sur toute autre cause. C'est ainsi que nous avons vu des parents prendre plaisir à faire boire leurs enfants parce qu'alors ils les trouvent drôles et amusants dans leurs réflexions, dans leurs grimaces.

A ce degré, l'économie n'est que faiblement ébranlée et les symptômes ne diffèrent pas de ceux observés chez les adultes. Le visage s'illumine, l'œil devient brillant, les pommettes rougissent, les forces semblent augmenter. C'est à ce moment qu'on peut observer une surexcitation analogue du côté des facultés intellectuelles, surexcitation qui donne cette puissance éphémère et ce

développement remarquable si recherché de tant d'individus et qui cache sous des apparences trompeuses d'épouvantables abîmes.

A un second degré, cette excitation encore consciente est dépassée. Le buveur se livre aux actes les plus extravagants et souvent même à des actes de violence. En même temps le système locomoteur présente les troubles typiques que tout le monde connaît. La marche est chancelante, vacillante, mal assurée ; de là, ces zigzags en marchant. L'ivrogne va tantôt d'un côté, tantôt d'un autre ; il cherche à maintenir son centre de gravité et souvent n'y parvient pas. Il tombe lourdement et fait des efforts inouïs pour se remettre sur ses jambes. Les membres supérieurs participent à cette incertitude des mouvements. Les mains ne saisissent plus les objets que d'une façon saccadée et maladroite. En même temps la langue s'embarrasse, la prononciation devient pâteuse, indécise, confuse.

Forme triste. — Y a-t-il chez l'enfant une forme triste, mélancolique ? En raisonnant par analogie et jugeant du cas particulier par comparaison avec les faits que nous avons étudiés dans la folie chez les enfants, on pourrait répondre par l'affirmative. Cependant nous n'avons pu relever aucun cas de ce genre, à l'exception de certaines tendances mélancoliques signalées dans la dipsomanie. Mais, en y réfléchissant, il n'y a pas lieu de s'étonner ; chez l'enfant on ne trouve pas de milieu entre la forme gaie et la forme massive.

Manifestations pathologiques. — Les manifestations pathologiques peuvent être classées en deux grands groupes.

1° Dans le premier, nous rangeons les maladies de l'intelligence, des sentiments affectifs et moraux ;

2° Dans le second, les maladies physiques.

Nous ne parlerons pas ici des affections dues à l'hé-

rédité, transmises par les ascendants, mais bien des manifestations dues à l'ingestion directe du poison. Certes il ne faut pas oublier toute l'importance que joue l'hérédité en ces circonstances; mais, pour nous, ces maladies sont à l'état latent et, par une hygiène bien entendue, des soins appropriés, un traitement normal, on aurait pu enrayer, peut-être, ces funestes effets qu'il a suffi d'un événement imprévu, d'un accident en quelque sorte pour réveiller avec une vive intensité.

A un premier degré, l'enfant qui est sous l'influence de l'alcool, mais non en état d'ivresse, l'enfant qui a bu plus qu'il ne convient, est souvent porté à commettre des actes délictueux qu'en toute autre circonstance, il n'eût pas commis. Il est plus enclin à s'emparer d'objets divers appartenant à sa famille ou à ses camarades, à frapper, à briser, etc.

Tendance aux actes délictueux. — Nous en avons déjà cité un exemple. Voici un autre fait non moins probant.

Le 19 janvier 1886, le tribunal correctionnel de Paris avait à juger un garçon de quinze ans qui s'était rendu coupable d'escroqueries vis-à-vis du patron où il est en apprentissage. Il commet ses vols et ses méfaits sous l'influence de l'ivresse et, en état d'ébriété, il est terrible. Il n'est pas de jour qu'il ne s'enivre avec de l'absinthe, du cognac ou du rhum. C'est un héréditaire manifeste. Son grand-père et son père étaient alcooliques.

Le Dr Motet, qui avait été chargé de l'examiner au point de vue mental, le décrit ainsi :

« Grandjean, âgé de quinze ans, est vigoureux, bien constitué, le volume de la tête est normal, il n'a pas de malformation cranienne. Les actes qui lui sont reprochés avaient un tel caractère de bizarrerie, ils révélaient une tendance à la destruction si marquée, que nous avions le droit de déterminer sous quelle influence ils avaient pu se produire.

« Nous avons trouvé chez Grandjean deux choses importantes à signaler : un fonds mauvais, pervers, auquel l'hérédité pater-

nelle n'est certainement pas étrangère. Fils d'un ivrogne décédé en prison, Grandjean a eu de bonne heure l'exemple de l'inconduite.

« Il n'a pas de sens moral.

« Grandjean n'est pas un débile de l'intelligence, incapable de se diriger, mais il a besoin d'être soumis à une règle. Son intérêt exigerait qu'il fût détenu dans une maison de correction. »

Acquitté comme ayant agi sans discernement, il fut néanmoins ordonné par le tribunal qu'il serait maintenu dans une maison de correction jusqu'à vingt ans.

Delirium tremens. — Mais là où le danger est terrible, c'est lorsque l'enfant est à ce point alcoolique qu'il devient la proie du delirium tremens.

Ces cas ne sont pas aussi rares qu'on pourrait se l'imaginer.

Weiss, Stadler ont relaté de ces cas chez des enfants de quatre et cinq ans.

Maden a eu dans son service un enfant de huit ans qui présentait tous les symptômes du delirium tremens, auquel il succomba. Fils d'une mère alcoolisée, il avait des habitudes alcooliques datant de deux ans.

M. Cohn assistant de M. Hahn, chirurgien de l'hôpital Friedrischshain a communiqué la curieuse observation suivante(1):

Un garçon de cinq ans, robuste, bien bâti, entra à l'hôpital pour une fracture simple du fémur droit, au tiers moyen.

Son état mental ne présentait le premier jour rien de particulier. Il dormait assez tranquillement la nuit; mais le lendemain il fut pris d'excitation, de loquacité et présenta bientôt tout le tableau du delirium tremens. Il ne connaissait plus les personnes qui l'entouraient, se croyait chez ses parents, voyait le diable, des chiens et des oiseaux noirs. On constatait aussi chez lui le tremblement alcoolique caractéristique. Comme il voulait marcher sur sa jambe brisée, on fut obligé, pour prévenir une perforation de la peau par les fragments de l'os fracturé, de lui appliquer un grand appareil plâtré comprenant la cuisse droite et tout le bassin. Après une dose de chloral hydraté, il s'endormit assez profondément. La nuit, il se réveilla plusieurs

(1) *Berliner klin. Wochensch.*, 1888, n° 52.

fois et eut quelques hallucinations terrifiantes. Le lendemain matin, il y avait encore de l'agitation, du tremblement ; mais le délire et les hallucinations avaient disparu. Dans le courant de l'après-midi du même jour, cette agitation s'étant calmée, l'accès de delirium tremens pouvait être considéré comme terminé.

Le foie, ainsi que tous les autres organes thoraciques et abdominaux, étaient absolument normaux ; il n'y avait pas d'albuminurie.

L'enquête établit que, depuis deux ans environ, l'enfant absorbait journellement une quantité d'alcool relativement énorme pour son âge. Son grand-père, marchand de vin, l'avait habitué à prendre tous les jours un petit verre de « Luft » (eau-de-vie sucrée, très forte et de mauvaise qualité en grand honneur chez les ouvriers de Berlin). En outre de ce petit verre réglementaire, l'enfant en prenait parfois d'autres avec les clients de son grand-père, plus chaque jour un verre de vin de Hongrie. Le soir, il buvait encore de la bière avec son père. Malgré tout, il se portait toujours bien, était alerte et avait le degré d'intelligence que comportait son âge.

Quelques jours après l'accès de delirium tremens, l'enfant fut atteint de rougeole. Fait intéressant, malgré les antécédents alcooliques, cette maladie évolua très normalement, sans adynamie aucune, bien que depuis son entrée à l'hôpital et pendant toute la durée de la rougeole, l'enfant n'ait jamais reçu une goutte de vin ou de liqueur alcoolique.

On voit que, dans l'observation de M. Cohn, le delirium tremens est apparu, comme cela arrive chez les adultes, sous l'influence simultanée de l'abstinence de l'alcool et d'une grave lésion traumatique. Toutefois ce cas infantile se distingue du delirium tremens des adultes, d'abord par sa courte durée (environ vingt-quatre heures, tandis que chez les adultes l'accès dure en moyenne trois jours), et ensuite par la rapidité de son apparition après la cessation de l'usage de l'alcool. (Chez les adultes plusieurs jours se passent avant que l'accès n'éclate.) Le tremblement que le petit malade présentait, tout comme un alcoolique adulte, n'a pas

encore été observé, au dire de M. Cohn, chez des enfants de cet âge. Enfin, le cas en question se distingue des autres cas d'alcoolisme, décrits jusqu'à ce jour chez les enfants, par l'absence complète de symptômes de dégénérescence intellectuelle et physique et par l'état absolument normal du foie et des autres viscères.

Cirrhose. — Quoique rare, dit le Dr Jaladon (1), cette affection n'est pas cependant sans exemple dans l'enfance. Les faits de ce genre publiés par les auteurs sont assez nombreux dans la science. Wilkes, d'après Rendu, a publié l'observation d'une jeune fille de huit ans qui absorbait tous les jours une demi-pinte de gin et qui mourut de la cirrhose. Wunderlich relate un fait du même genre chez deux sœurs, l'une âgée de dix ans, l'autre de douze.

Griffith (2) rapporte l'observation d'une enfant de dix ans qui, livrée à l'abus des boissons alcooliques, mourut avec un foie atrophique.

Barlow, Connor ont publié dans la *Lancet* (1884) plusieurs cas de cirrhose alcoolique chez des enfants livrés à l'habitude du porter.

Dans son ouvrage sur les maladies du foie, Frerichs parle également d'un enfant de dix ans qui a succombé à la cirrhose.

Les mêmes faits ont été signalés en France : Rilliet et Barthez, Cazalis, ont pu de même observer la cirrhose chez l'enfant.

Magnan, Motet, Moreau (de Tours), ont insisté de leur côté sur la gravité excessive des lésions produites par l'alcoolisme sur les enfants. C'est avec justesse que le Dr Monin (3) rappelle cette parole de notre illustre

(1) *Alcoolisme et cirrhose.* Thèse de Paris, 1884.
(2) *Transact. of path. Soc. of London*, décembre 1875.
(3) Monin. *L'Alcoolisme, étude médico-sociale.* Doin éditeur, Paris, 1889.

J.-J. Rousseau : « On n'arrose pas les fleurs avec du vin. »

Dans un travail récent le Dr Sauval (1) dit que cette affection, dont l'étiologie est mal connue, a été rattachée par Palmer Howard (1887) à l'alcoolisme 15 p. 100, à la syphilis héréditaire 11 p. 100, à la tuberculose 11 p. 100. Le même auteur croit même que la cirrhose infectieuse est imputable à la fièvre typhoïde, à la scarlatine, à la rougeole, etc.

Telle est aussi l'opinion d'Hébrard, qui rattache pêle-mêle les cinquante et une cirrhoses publiées dans son mémoire aux affections les plus disparates, voire même à une chute ! Beaucoup plus judicieux, le Dr Sauval ne veut étudier que la cirrhose de provenance alcoolique à laquelle il reconnaît une forme clinique et une forme anatomique précises.

L'alcoolisme bien connu des Anglais, fréquent chez l'enfant pauvre de Londres, produit « le foie clouté ». Seule une enquête minutieuse peut éclairer le médecin (Murchinson). Aussi l'auteur anglais, cité par Sauval, ajoute : « Je n'ai jamais rencontré un seul cas de foie clouté après la mort à un âge quelconque, dans lequel on ne peut établir une preuve évidente de l'usage immodéré des alcools. L'alcool de pommes de terre, pris à jeun ou entre les repas, le gin, l'eau-de-vie, les bières alcooliques, fortes et pale ale, les compotes alcooliques de cerise, se rencontrent presque toujours dans l'étiologie des cirrhoses infantiles. »

Aussi fréquente chez les filles que chez les garçons, la cirrhose peut éclater entre cinq et treize ans. La période prodromique (ictère hémaphéique à poussées successives, hématémèses par varices œsophagiennes,

(1) Sauval. *De la cirrhose alcoolique chez les enfants*. Paris, 1892.

pituites matinales) ne dépasse pas deux mois. L'anorexie et l'amaigrissement, les vomissements dénotent la gastrite alcoolique. Puis paraît l'exagération de volume de l'abdomen avec ou sans ascite ; l'hypertrophie considérable de la rate et les anomalies de volume du foie. Ces symptômes ne font jamais défaut. Petit foie et grosse rate, parfois 18 centimètres en largeur, telle est la règle à la période ascitique. Les alternatives de constipation et de diarrhée, la survenance de crises aiguës (avec fièvre T = 40 degrés) et douloureuses conduisent en quelques mois (deux à six mois de période aiguë) à la cachexie.

Le Dr Sauval fournit trois tableaux relatifs aux mensurations du foie permettant de comparer le foie sain au foie cirrhotique.

Ces mesures sont-elles exactes ? Nous n'oserions l'affirmer, si toutefois, dit M. Dauchez (1), nous n'avons pas été nous-même induit en erreur. Toujours est-il que le foie cirrhotique est toujours parsemé de nodosités variant du volume d'une tête d'épingle, d'un pois, à celui d'une noisette. Douze observations rapportées par le Dr Sauval complètent le tableau de cette affection que la péritonite tuberculeuse peut seule simuler. Encore évitera-t-on l'erreur en mesurant le foie et la rate.

Ajoutons enfin que les enfants deviennent plus vite cirrhotiques que les adultes.

Un exemple des plus intéressants est celui que donne le Dr Sainsbury : qui a observé à l'*Hôpital Royal libre* un cas de cirrhose alcoolique chez une fillette de trois ans et demi.

Cette enfant fut admise le 3 octobre 1892 pour une ascite. Rien d'important quant aux antécédents héréditaires, sauf que

(1) *Revue mens. des mal de l'enfance*, 1892.

la mère était phtisique. La fillette s'était bien portée jusqu'à l'âge d'un an ; alors elle parut souffrante et perdit son appétit. Le médecin qui l'examina conseilla de lui administrer de l'*eau-de-vie* chaque jour. Après quinze jours, il y eut du mieux mais on continua l'emploi de l'eau-de-vie parce que l'enfant paraissait faible. Deux mois avant son entrée, elle éprouve des douleurs dans la poitrine et le ventre ; les veines du tronc se dilatèrent à mesure que l'enfant maigrissait, le ventre grossissait. Le ventre avait 62 cent. 1/2 de circonférence. La matité du foie s'étendait en haut jusqu'au mamelon et se confondait en bas avec la matité de l'abdomen. Après ponction, l'ascite diminua et la malade put être renvoyée chez elle (19 janvier 1893).

Six mois plus tard, elle fut réadmise avec des signes de méningite. Quelques jours après, la malade mourut. L'autopsie démontra, outre les lésions de la méningite, un foie cirrhotique, pesant 650 grammes et adhérent au diaphragme.

Cette observation est intéressante car elle démontre l'existence des cirrhoses alcooliques précoces. Chez cette fillette l'alcoolisme n'était pas douteux. Bien que la cirrhose alcoolique de l'enfance soit connue, la forme atrophique est rare, la forme hypertrophique plus fréquente.

Mais cette observation fournit un enseignement : s'il convient de donner de l'alcool dans certaines affections, il est nécessaire de veiller à ce que l'administration n'en soit pas longtemps continuée. La cirrhose ne s'est développée chez cette fillette que par un usage prolongé de l'alcool administré sur les conseils d'un médecin.

(Observation communiquée à la *Royal medical and chirurgical Society*, 23 *janvier* 1894.)

Diagnostic. — Nous n'avons pas à nous arrêter sur la question : diagnostic. Les névroses convulsives offrent bien quelque analogie avec les phénomènes les plus apparents de l'empoisonnement par les poisons névrosthéniques ; mais, en général, l'éclampsie, l'épilepsie, l'hystérie, sont faciles à distinguer si l'on a égard à la marche des attaques plutôt qu'à l'accès convulsif en

lui-même. De plus, chez les enfant, les diagnostic est singulièrement facilité par les commémoratifs.

Pronostic. — *A priori*, le pronostic doit être très réservé; car si parfois, à force de soins, de précautious, d'hygiène et surtout d'aide de la part des parents, on peut arriver à pallier les habitudes d'ivresse de l'enfant, si on peut ainsi enrayer leur défaut, il n'en reste pas moins une terrible hérédité. Le mal, on peut en être certain, ne perdra pas ses droits. Il se calmera pendant quelque temps; mais, au moment où on s'y atteudra le moins, on le verra reparaître, non pas sous sa forme primitive qui aura été *guérie*, mais sous une manifestation nouvelle, affectant principalement le système nerveux (folie, névrose), ou le système respiratoire (tuberculose). C'est ici que l'on peut constater ces cas de pseudo-guérisons que nous avons étudiés dans un mémoire antérieur (1).

Que de fois, après une guérison que l'on croyait définitive, une occasion insignifiante n'a-t-elle pas réveillé le mal, endormi mais non détruit ? Il ne faut jamais s'eugager dans uue voie favorable quand il s'agit d'alcoolisme. « Qui a bu boira », dit le proverbe, et jamais proverbe n'a été plus juste. On sait le cas qu'il faut faire des protestations de sobriété des ivrognes après leur accès. Or, quand l'observation de chaque jour nous montre que les gens qui peuvent comprendre la voix de la raison retombent invinciblement, fatalement dans leur vice, on comprend combien il est scabreux d'avancer que l'enfant, qui, une première fois, s'est livré à la boisson, ne recommencera pas un jour ou l'autre, malgré tout ce qu'on aura pu faire pour le corriger.

Traitement. — La thérapeutique de l'alcoolisme

(1) *Des pseudo-guérisons dans les maladies réputées incurables. Journal d'hygiène*. Paris, 1877.

dans l'enfance doit être envisagée sous le triple point de vue prophylactique, préventif et curatif, suivant que nous devons lutter contre les fâcheuses tendances de l'hérédité, les dispositions personnelles de l'enfant à se livrer à la boisson et les accidents aigus ou chroniques dus à l'absorption de l'alcool.

Il ne faut pas se dissimuler que, parmi ces traitements, le traitement prophylactique les prime tous, et le véritable traitement prophylactique de l'enfance est le traitement des ascendants.

Arrivez à supprimer l'alcoolisme des parents, fatalement vous supprimerez les effets terribles que produit l'alcool chez les descendants. Certes c'est là une utopie.

Depuis que le monde est monde, l'homme a eu recours aux boissons spiritueuses et, malheureusement, hélas! ne s'est pas borné à en user. Bientôt, il a passé à l'abus.

Il ne faut pas se flatter de guérir radicalement cette déplorable manie. Cherchons à l'atténuer, à la diminuer et ce sera assurément un grand pas.

Mais comment arriver à ce résultat si désiré? Qui pourra empêcher les ivrognes de procréer? (Et souvent c'est dans les fumées du vin que les alcooliques sont le plus entraînés aux plaisirs des sens.) La raison, dira-t-on, les bons conseils? Le tableau désolant du sort qu'ils réservent à leurs enfants? Piètres moyens! à jeun l'alcoolique se rendra à vos raisons, il fera chorus avec vous, il vous promettra tout ce que vous voudrez, et cela de bonne foi, on n'en saurait douter. Mais la tentation est plus forte; un verre est bien vite bu, et voilà les belles promesses envolées avec les premières gouttes de la traîtresse boisson!

« La lutte contre l'ivrognerie en tant que mal spécifique, dit Kowalesky, ne peut être efficace qu'à la condition que la société et les autorités publiques compren-

nent la portée du danger et reconnaissent la nécessité pressante de prendre en commun les mesures nécessaires contre cet ennemi tout-puissant. Ce n'est que dans ces conditions qu'on peut réussir et qu'on réussira. »

On conseille, et dans certains pays on a recours à des établissements spéciaux pour le traitement des ivrognes. Combien est précaire ce moyen! Il ne faut pas se dissimuler que, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, l'ivrogne à peine sorti subira de nouveau l'influence de l'exemple et sa volonté, impuissante à résister, succombera à la tentation.

Combien peu nombreuses, combien rares sont les guérisons avérées?

Ailleurs, on a cherché un moyen plus efficace : on a mis l'alcool en régie. La Suède et la Norvège soumises à ce régime ont vu le nombre de leurs ivrognes considérablement diminuer.

Mais nous ne pouvons pas entrer ici dans l'examen des moyens proposés et à employer. Cette étude demande des volumes entiers. Nous n'avons qu'à la signaler et à appeler l'attention sur ce point.

Certes, le traitement prophylactique est le plus efficace de l'alcoolisme dans le jeune âge.

Mais le mal est acquis, que nous reste-t-il à faire? Quelles sont les mesures que nous avons à notre disposition et que devons-nous tenter pour enrayer le mal?

Là, l'hygiène joue un rôle capital. L'hygiène privée, l'hygiène publique sont de puissants facteurs pour lutter contre le fléau.

Et tout d'abord n'est-ce pas de l'hygiène bien entendue que de ne livrer à la consommation que des alcools purs? Puisqu'il faut que l'homme boive du vin, n'est-ce pas un point capital de ne pas lui donner des substances nuisibles qui, sous les noms de vin, eau-de-vie, li-

queur, etc., ne sont que des poisons déguisés et d'autant plus redoutables qu'ils cachent sous un goût agréable leurs dangereux et terribles effets? Nous nous rallions complètement à la proposition de MM. Brouardel et Pouchet (1), qui demandent qu'on ne vende que des boissons pures, sans addition de substances nuisibles. Vœu, hélas! bien platonique, il faut le reconnaître.

N'est-ce pas aussi et surtout au relèvement social de la classe ouvrière qu'il faut s'adresser? Certes, après une journée de labeur, l'ouvrier qui rentre fatigué, ne trouvant pas chez lui un intérieur où il puisse se reposer, se rend au cabaret où il apprend à boire, est-il bien coupable? Une fois sur cette pente, il ne s'arrête plus, ne peut plus s'arrêter! il dépense en petits verres l'argent de sa paye, la misère noire entrera au logis, peu lui importe, le pli est pris ; il boit et boit toujours, dépensant à se tuer ce qu'il a si péniblement gagné, indifférent à la vue de ses enfants qui crient la faim. Arriver à pallier cet état de choses ne serait sans doute pas le moyen radical de détruire l'ivrognerie, mais ce serait un grand pas. Il ne faut pas oublier que le vin règne en maître dans les classes élevées où toutes les conditions de bien-être intérieur existent. On voit des gens du monde se livrer à leur funeste penchant, sans honte ni vergogne. Ceux-là sont des malades, et nous les retrouvons également dans la classe ouvrière. Mais combien d'alcooliques ne le sont-ils pas devenus par la fréquentation des cabarets et qui, dans un autre milieu, dans d'autres conditions de ménage, n'auraient pas songé à suivre l'exemple donné par des camarades?

Il y a là une grande question sociale difficile à résou-

(1) *Ann. d'hyg. publique*, 1888, n° 3.

dre, il est vrai, mais qui cependant n'est pas insoluble.

Quand l'hygiène publique sera devenue ce qu'elle doit être, il est certain que l'alcoolisme diminuera.

Lorsque l'alcoolisme est déclaré et qu'on se trouve en présence d'un cas aigu, il faut avoir recours à un traitement thérapeutique.

Chez les enfants nous n'avons le plus souvent affaire qu'à des cas d'ivresse aiguë. Monin a très bien indiqué ce qu'il y avait à faire dans ces circonstances.

Dans les cas plus rares de delirium tremens, le traitement est celui qu'on fait suivre aux adultes, mais corrigé suivant l'âge, d'après les règles admises en thérapeutique.

En un mot, le traitement curatif est celui des symptômes.

Considérations médico-légales. — Les actions délictueuses commises par les enfants en état d'ivresse doivent tomber sous le coup de la loi pénale qui régit le jeune âge. On doit même se montrer plus rigide pour les délits commis en pareille circonstance. On ne doit pas, pour l'enfant, admettre les circonstances atténuantes trop souvent invoquées et accordées chez l'adulte. En agissant de la sorte, le magistrat atteindra un double but : d'abord il punira la faute commise, en second lieu il fera de la bonne thérapeutique en mettant l'enfant hors d'état de se livrer à ses excès, soit en frappant sa jeune imagination, soit qu'en le condamnant à une réclusion il le mette dans l'impossibilité matérielle de recommencer au moins pendant un certain temps.

Mais en est-il ainsi dans la pratique ?

La loi de 1873 (23 janvier), tendant à réprimer l'ivresse publique et à combattre les progrès de l'alcoolisme, édicte bien des peines contre ceux qui sont surpris en état d'ivresse; mais elles s'adressent aux adultes et non aux enfants.

L'article 4 : « Seront punis d'une amende de 1à 5 francs inclusivement les cafetiers, cabaretiers et autres débitants qui auront donné à boire à des gens manifestement ivres ou qui les auront reçus dans leurs établissements ou auront servi des liqueurs alcooliques à des mineurs âgés de moins de seize ans accomplis », et l'article 7 : « Sera puni d'un emprisonnement de six jours à un mois et d'une amende de 16 francs à 300 francs quiconque aura fait boire un mineur âgé de moins de seize ans accomplis..... », frappent bien les fauteurs de l'ivresse, mais l'enfant lui-même n'est pas visé. Si, comme dans les cas que nous avons cités, l'enfant est lui-même l'auteur unique de son ivresse, il n'est pas puni, il en est quitte pour une semonce. N'y aurait-il pas lieu d'ajouter un article qui vise directement le coupable ? La peine, quelque légère qu'elle soit, sera sensible à l'enfant sur qui l'appareil judiciaire produit toujours un grand effet. Qui peut dire qu'une condamnation quelconque ne serait pas pour lui un héroïque moyen de lutter contre ses tendances ?

Mais cette action de la justice aurait-elle prise sur les prédisposés, sur les héréditaires ?

Evidemment non : la tare fatale ne saurait disparaître. Il est à peu près certain que, tôt ou tard, les malheureux succomberont.

Ceux-là ne sont qu'en partie justiciables des tribunaux, et c'est pour eux, pour eux seuls, que l'on peut invoquer les circonstances atténuantes. Ils ressortent plus de la médecine que de la justice. Ce sont des malades à qui il faut appliquer les règles d'une thérapeutique rigoureuse. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas négliger les chances de salut, quelque minimes qu'elles soient, et quand une punition justement appliquée n'arracherait à ce fléau épouvantable que quelques existences, sommes-nous en droit de négliger la chance de salut qui nous

est offerte ? Ne devons-nous pas lutter énergiquement par tous les moyens possibles ?

C'est au législateur à élaborer l'article que nous voudrions voir inscrit dans la loi sur la répression de l'ivresse ; c'est à lui de fournir une arme de plus pour lutter contre le fléau qui, chaque jour, nous envahit de plus en plus.

En résumé :

L'ivresse existe chez les enfants, et elle est plus fréquente qu'on se l'imagine.

On y trouve à peu près toutes les formes que l'on observe chez l'adulte.

Dans la majorité des cas elle se produit chez des prédisposés, des héréditaires, des dégénérés.

Le pronostic est des plus graves, vu l'hérédité et l'incertitude du traitement.

Le traitement doit être principalement et surtout prophylactique, tout en ne négligeant pas le traitement des symptômes et des complications.

Dans les cas de délit commis sous l'influence de l'ivresse, il faut se montrer inexorable et ne pas admettre chez les enfants les circonstances atténuantes, trop souvent invoquées chez les adultes.

Thérapeutique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ACTION SÉDATIVE DU CHLORALOSE

par le Dr E. MARANDON de MONTYEL

Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Dans notre mémoire spécial sur l'action physiologique du chloralose, publié l'an dernier par le *Bulletin général de thérapeutique*, nous avons signalé ce fait, qu'administrée à des agités dans leur section, comme médicament diurne, en deux fois, dans la matinée et l'après-midi, afin d'en prolonger les effets, cette substance cessait d'être hypnotique pour devenir sédative. Il semblait que le bruit fait dans la section, éloignait la narcose et ne permettait qu'aux seules propriétés calmantes du remède de se montrer ; cependant ceux à qui il était ainsi prescrit dans la journée devaient avoir un grand besoin de sommeil, car ils avaient des nuits fort mauvaises et une surexcitation nocturne à peu près continue. Ce résultat confirmait nos constatations relatives à l'hypnose procurée par le médicament, hypnose, du moins chez les aliénés, ni profonde, ni continue, facile à interrompre, d'où la nécessité, pour sa production, d'un milieu calme. Quoi qu'il en soit, il nous a semblé de quelque utilité d'être fixé sur la valeur de

cette action sédative et sur les avantages que la thérapeutique de l'agitation en aliénation mentale, chez les vésaniques et les paralytiques, était en droit d'en espérer. Dans ce but, nous avons entrepris une série de recherches dont les résultats sont l'objet de ce mémoire. Nous laisserons surtout parler les faits, qui ont bien plus de valeur par eux-mêmes que les considérations les plus ingénieuses, quand ils ont été minutieusement observés et consciencieusement recueillis en dehors de tout parti pris. Il importe d'autant plus d'apporter des observations, que si on s'est déjà beaucoup occupé du chloralose en tant qu'hypnotique, on n'a accordé qu'une attention distraite à sa vertu calmante ; ce point de son histoire a été très négligé. J'espère donc faire œuvre un peu nouvelle et pas complètement inutile en publiant une série de cas où celle-ci a été particulièrement recherchée. Quelle que fût la dose, elle a été administrée par moitié, en deux fois, le matin et à midi, et l'état du malade consigné, heure par heure, par un gardien spécial dressé à ce travail, sous les rubriques : calme, agitation, grande agitation, sommeil. Bien entendu, cet état était noté plusieurs jours avant comme plusieurs jours après la médication, afin d'avoir des termes de comparaison. Nous avons tout d'abord employé les doses continues, qui seules nous occuperont pour le moment, nos recherches sur les doses interrompues se poursuivant toujours.

Nous commencerons par exposer les résultats que nous avons obtenus chez huit maniaques. Deux fois les effets furent nuls, soit donc dans la proportion de 25 p. 100. Voici ces deux faits :

Observation I. — Joseph Col..., trente-cinq ans, entré en février 1894, cultivateur ; manie aiguë avec violente agitation ; le malade n'a pas une seule heure de tranquillité pendant toute la journée. Durant quatre jours, 30 centigrammes de chloralose;

il y a une heure de calme le troisième et le quatrième jour et le reste du temps, une légère atténuation de l'excitation. Mais avec 40 centigrammes durant deux jours, 50 durant quatre jours, 60 durant cinq jours et 70 durant trois jours, l'agitation est continue et excessivement violente. Avec 80 centigrammes durant trois jours, il y a une heure de tranquillité le premier et le troisième jour. Durant tout le cours de la médication, le malade n'a eu qu'une heure de sieste, la première fois qu'il prit 80 centigrammes. Celle-ci avait duré vingt et un jours, durant lesquels on a prescrit 11 gr. 50 de chloralose.

Observation II. — Isidore Pet..., vingt-cinq ans, homme de peine, entré en mai 1892 ; débilité mentale avec violents paroxysmes de très vive agitation maniaque. Lors d'un de ceux-ci où il n'y avait pas un instant de repos de toute la journée, 30 centigrammes de chloralose pendant cinq jours, 40 pendant quatre jours, 50 pendant trois jours, 60 et 70 pendant deux jours, 80 pendant quatre jours, n'apportent aucun calme et n'atténuent en aucune façon la surexcitation. Il n'y a eu qu'une fois une heure de sommeil, le premier jour de la dose de 60 centigrammes. La médication a duré vingt jours, durant lesquels on a prescrit 10 gr. 40 de chloralose.

Dans le cas suivant, l'action sédative s'est produite, mais si courte, le plus souvent, et surtout si peu persistante, qu'il ne saurait être considéré comme favorable. Qu'on en juge :

Observation III. — Charles Gui..., trente-huit ans, entré en février 1893. Manie rémittente. Lors d'un paroxysme avec agitation continue pendant toute la journée, on prescrit durant une semaine 30 centigrammes de chloralose ; résultat nul le premier jour; le second et le troisième jour, trois heures de tranquillité, une heure seulement les autres jours ; sieste de deux heures les trois derniers jours. La dose est portée à 40 centigrammes durant cinq jours ; le premier jour, il y a dix heures de calme et une heure de sieste, mais il n'y a plus ensuite que deux fois cinq heures et deux fois trois heures de tranquillité; pas de sommeil. Alors 50 et 60 centigrammes durant deux jours, 70 durant quatre jours, restent sans effet ; cependant, le cinquième jour de cette dernière dose, il y a quatre heures de calme et une heure de sommeil. On porte celle-ci à

80 centigrammes durant une semaine; le premier jour, on obtient six heures de tranquillité avec sieste de deux heures ; le second et le troisième jour, onze heures de calme et trois heures de sommeil; puis l'accoutumance s'établit et, les jours suivants, on a successivement huit, cinq, quatre, deux heures de tranquillité avec deux fois une sieste d'une et de deux heures. Il convient d'ajouter que, d'une manière générale, durant tout le cours de la médication, l'agitation a été beaucoup moins violente. Le traitement a duré vingt-huit jours, durant lesquels on a prescrit 15 gr. 40 de chloralose.

Au contraire, l'action sédative fut très marquée chez les deux malades dont nous allons maintenant parler ; seulement elle s'épuisa vite pour ne plus se montrer malgré l'élévation des doses chez le premier et chez le second pour n'avoir ni la même intensité, ni la même durée.

Observation IV. — Adolphe Sic..., tailleur, trente-deux ans, entré en janvier 1894. Folie circulaire à la période expansive avec vive agitation ; tout au plus une heure ou deux de calme dans la journée. Durant une semaine, 30 centigrammes de chloralose changent totalement la situation ; pas de sommeil, mais le malade a jusqu'à treize heures de tranquillité, pour le moins huit heures, puis brusquement l'accoutumance s'établit et l'action du remède est nulle durant cinq jours. Alors 40 centigrammes durant trois jours, 50 et 60 durant deux jours, 70 durant cinq jours et 80 durant un jour ne donnent absolument aucun résultat ; tous les deux ou trois jours, sommeil d'une heure ou deux. D'une manière générale, agitation moins vive. La médication a duré vingt jours, durant lesquels on a prescrit 9 gr. 80 de chloralose.

Observation V. — Louis Ma..., ajusteur-mécanicien, cinquante ans, entré en février 1885. Manie chronique rémittente. Lors d'un paroxysme avec agitation diurne à peu près continue, 30 centigrammes de chloralose durant une semaine donnent de huit à dix heures de calme avec une sieste de une ou deux heures ; puis, pendant quatre jours, il n'y a plus que quatre ou cinq heures de tranquillité sans sommeil. La dose est portée à 40 centigrammes durant cinq jours ; son action est intermittente ; tantôt l'effet est nul et tantôt il y a sept et huit heures de

ealme. On prescrit alors durant deux jours 50 centigrammes qui ne donnent aucun résultat. Avec 60 centigrammes pendant deux jours, il y a six heures de calme ; puis, durant les trois autres jours, il n'y a plus que quatre heures. 70 centigrammes n'agissent que le premier jour en apportant huit heures de tranquillité et, durant quatre jours, n'agissent plus. Mais le malade refuse de continuer le remède. Il n'y a plus eu de sommeil depuis la dose de 40 centigrammes. La médication a duré vingt-huit jours, pendant lesquels on a prescrit 12 gr. 80 de chloralose.

Restent trois cas dans lesquels l'accoutumance à l'action sédative a été, sans conteste, plus longue à s'établir et où, partant, les malades ont retiré de la médication un bénéfice plus accentué et plus soutenu que les précédents. N'empêche que pour obtenir ce demi-succès, il a fallu constamment augmenter les doses. L'écueil est donc ici celui que j'ai signalé dans mon travail sur les propriétés hypnotiques du chloralose. Il n'est pas plus constestable que cette substance calme qu'il n'est contestable qu'elle endort; le fâcheux, en ne tenant même pas compte de l'hyperexcitabilité musculaire, sinon dangereuse, du moins très désagréable et même, dans certains cas, effrayante, qu'elle développe, le fâcheux, dis-je, est que l'organisme s'habitue très vite à son influence qu'au bout de très peu de temps il ne subit plus. Voici, toutefois, les trois observations de maniaques les plus favorables que nous ayons recueillies; on verra qu'elles laissent encore assez à désirer.

Observation VI. — Noël Lan..., menuisier, trente-cinq ans, entré en juillet 1893, atteint de manie aiguë avec une vive excitation. Souvent le malade n'a aucun repos durant toute la journée; parfois une heure ou deux, exceptionnellement trois heures de calme. Or, 30 centigrammes de chloralose procurent durant vingt jours, huit, dix et douze heures de tranquillité, avec rarement une sieste d'une heure ou deux; puis brusquement l'accoutumance s'établit, et durant deux jours il n'y a plus que trois heures de calme. La dose est portée à 40 centigrammes

durant cinq jours; l'action sédative reparaît alors, mais moins accusée; le calme est au maximum de sept à huit heures avec une heure de sieste. 50 centigrammes agissent moins encore ; le premier jour, il y a seulement six heures de tranquillité, et les quatre suivants de quatre à cinq heures, toujours avec une heure de sieste. Avec 60 centigrammes, même situation le premier jour. Mais le deuxième jour, il y a neuf heures de calme, et le troisième jour dix heures ; puis, pendant deux jours, l'accoutumance s'établit; avec cette dose, la sieste fut de deux heures chaque jour. 70 centigrammes n'agissent pas pendant deux jours. 80 centigrammes apportent, durant deux journées consécutives, six heures de sédation et trois heures de sommeil, puis l'accoutumance est derechef complète. La médication a duré quarante-quatre jours, durant lesquels le malade a pris 19 gr. 50 de chloralose.

Observation VII. — Emile Gib..., vingt ans, homme de peine, manie aiguë avec agitation diurne à peu près continue, entré en juillet 1894. 30 centigrammes de chloralose procurent dix heures de calme le premier jour et huit le second, sans sommeil dans la journée; puis brusquement l'accoutumance s'établit et durant trois jours l'état antérieur reparaît. 40 centigrammes pendant quatre jours donnent de dix à douze heures de tranquillité et, les deux jours suivants, six heures seulement; pas de sommeil. Avec 50 centigrammes, pendant neuf jours, les résultats ne sont pas continus : des journées excellentes avec douze heures de sédation complète sont séparées par d'autres presque aussi mauvaises qu'avant la médication. Mais avec 60 centigrammes, durant deux semaines, il y a régulièrement de huit à douze heures de tranquillité avec, par intervalles de deux ou trois jours, une sieste de deux heures. Après, l'accoutumance se montre, et pendant deux jours il n'y a plus que cinq heures de calme. Pendant une nouvelle semaine, 70 centigrammes procurent encore de huit à neuf heures de complète sédation ; mais l'accoutumance est de nouveau absolue durant deux jours et résiste durant deux autres à 80 centigrammes. La médication a duré quarante-huit jours, durant lesquels on a prescrit 25 gr. 90 de chloralose.

Observation VIII. — Jean Cam..., dix-huit ans, employé de commerce, entre en janvier 1894. Agitation diurne continue. Pendant une semaine, 30 centigrammes de chloralose apportent de neuf à douze heures de calme sans sommeil dans la journée; brusquement l'accoutumance se montre ; le huitième jour, il n'y

a plus que deux heures de sédation complète et, durant deux autres jours, l'état antérieur a reparu dans toute son acuité. 40 centigrammes pendant deux jours n'ont aucune action, tandis que 50 centigrammes durant trois semaines donnent de dix à douze heures de tranquillité; puis, de nouveau, brusquement les effets sont complètement nuls durant trois jours. Cette fois, l'accoutumance est définitive, car elle résiste à 60 centigrammes pendant trois jours, à 70 et 80 centigrammes durant deux jours. La médication a duré quarante-trois jours, durant lesquels le malade a pris 20 gr. 60 de chloralose.

Les résultats obtenus dans la lypémanie ont été encore moins favorables que dans la manie. En effet, trois sujets sur six, soit la proportion de 50 p. 100, se sont montrés absolument réfractaires à l'action sédative de la substance. La nullité d'effet serait donc deux fois plus fréquente chez les lypémaniaques que chez les maniaques. Voici ces trois cas :

Observation IX. — Nicolas Drach..., rentier, cinquante et un ans, entre en mai 1892; lypémanie chronique ambitieuse; le malade passe la presque totalité de sa journée à écrire sur la terre du préau les chiffres des sommes fabuleuses qu'on lui a chipées, dit-il, et à se disputer à ce sujet avec ses voleurs qui, non contents de le dépouiller, l'invectivent et le torturent. 30 centigrammes de chloralose durant une semaine, 40 durant cinq jours, 60 durant quatre jours, 60 durant trois jours, 60 et 70 durant deux jours et 80 durant un jour, sont sans action. La médication a duré vingt-deux jours durant lesquels le malade a pris, sans résultat, 10 gr. 10 de chloralose.

Observation X. — Henri Lou..., épicier, cinquante-quatre ans, entré en mai 1885, lypémanie chronique avec hallucinations incessantes de la sensibilité générale, contre lesquelles le malade lutte constamment par des marches dans la cour et des ablutions froides aux pieds et aux fesses. 30 centigrammes de chloralose pendant cinq jours, 40 centigrammes pendant quatre jours, 50 pendant trois jours, 60 pendant deux jours, 70 durant un jour; la dose n'a pas été poussée plus loin, cette dernière ayant déterminé des attaques convulsives. Aucun résultat. La médication a duré quinze jours, pendant lesquels le malade a pris 10 gr. 50 de chloralose.

Observation XI. — Daniel Trer..., trente-cinq ans, cordonnier, entré en décembre 1890; lypémanie chronique avec hallucinations de tous les sens contre lesquelles le malade cesse rarement de s'emporter et de protester. 30 centigrammes de chloralose pendant cinq jours, 40 pendant quatre jours, 50 pendant trois jours, 60 et 70 pendant deux jours, 80 pendant quatre jours, n'ont aucune efficacité. La médication a duré vingt jours, durant lesquels on a prescrit sans succès 10 gr. 40 de chloralose.

Un seul cas sur les six a été favorable ; ce fut même le plus favorable que nous ayons obtenu ; il fait contraste avec tous les autres et surtout avec ceux de lypémanie.

Observation XII. — Jules Cab..., commis, trente-huit ans; entre en janvier 1882 ; lypémanie chronique avec paroxysmes de surexcitation de longue durée ; au cours de ceux-ci le malade se promène à grands pas le long du saut-de-loup s'emportant contre ses persécuteurs qu'il entend cachés derrière le mur. 30 centigrammes de chloralose pendant cinq jours ; l'action diminue progressivement, car on a successivement douze, dix, six, cinq et quatre heures de calme sans sommeil dans la journée. La dose est portée à 40 centigrammes pendant quatre jours, et on obtient la même diminution progressive de l'influence sédative : douze, neuf, six et quatre heures de tranquillité sans sommeil. Mais avec 50 centigrammes l'influence sédative se maintient, car durant vingt-sept jours consécutifs on obtient régulièrement de neuf à douze heures de tranquillité ; on a la certitude que le paroxysme dure néanmoins, car il y a toujours de deux à quatre heures de surexcitation chaque jour. En effet, deux jours après la suppression du remède, l'état antérieur reparaissait dans toute son acuité. La médication a duré trente-six jours, durant lesquels le malade a pris 16 gr. 60 de chloralose.

Au contraire, dans les deux observations qui suivent, si l'action sédative a été incontestable, l'accoutumance a empêché d'en tirer profit ; le fait est surtout vrai dans la première des deux.

Observation XIII. — Isidore Way..., maçon, trente-sept ans, entre en septembre 1893 ; lypémanie aiguë avec assez vive réaction anxieuse durant presque toute la journée. Avec 30 centigrammes de chloralose on a, le premier jour, cinq heures de calme et une heure de sieste, le second jour neuf heures et pas de sommeil ; mais, le troisième et le quatrième jour, l'accoutumance est complète. 40 centigrammes donnent, les deux premiers jours, dix et sept heures de tranquillité sans sommeil et, de nouveau, durant trois jours, l'accoutumance est complète et, cette fois, définitive ; car elle résiste à 50 centigrammes durant cinq jours, 60 durant trois jours, 70 et 80 durant deux jours. La médication a duré vingt et un jours, durant lesquels on a prescrit 18 gr. 50 de chloralose.

Observation XIV. — Paul Ga..., cuisinier, vingt-six ans, entré en juin 1890 ; lypémanie chronique avec agitation à peu près continue. 30 centigrammes de chloralose durant une semaine font disparaître complètement toute surexcitation ; puis, durant deux autres jours, il n'y a plus que six heures de calme et, à partir de la journée d'après, l'accoutumance est complète durant trois jours. 40 centigrammes sont administrés durant sept jours, et on a deux fois sept heures de tranquillité, deux fois cinq et trois heures, une fois quatre heures ; les meilleures journées alternant avec les moins bonnes. Avec 50 centigrammes durant une semaine on a, le premier jour, neuf heures de calme ; puis l'action sédative va chaque jour s'affaiblissant jusqu'à complète cessation. Il en est de même avec 60 centigrammes durant cinq jours. Mais, à partir de ce moment, l'accoutumance est définitive, car 70 centigrammes durant deux jours et 80 durant trois jours sont sans effet. Jamais de sommeil. La médication a duré trente-six jours, durant lesquels le malade a pris 16 gr. 70 de chloralose.

Passant à la paralysie générale, nous constatons là une action uniforme : il n'y a pas, comme pour la manie et la lypémanie, des cas à insuccès complet et des cas à succès. Chez tous les paralytiques, au nombre de neuf, auxquels nous avons prescrit le chloralose, le résultat a été le même : une action sédative marquée, bientôt suivie d'accoutumance. Sept fois sur neuf, cette accoutumance a été invincible dès sa première appari-

tion; deux fois seulement, elle a momentanément cédé à une élévation de la dose. Nous donnerons d'abord ces deux derniers faits.

Observation XV. — Pierre Coup..., journalier, cinquante-trois ans; entré en juin 1893; paralysie générale à la première période avec agitation à peu près continue, tout au plus deux ou trois heures de repos dans la journée. 30 centigrammes de chloralose, durant neuf jours, procurent de neuf à douze heures de tranquillité avec une sieste de deux heures; puis, progressivement, durant quatre jours, l'action sédative va s'affaiblissant, sept, six, cinq heures de calme et enfin accoutumance complète 40 centigrammes n'apportent aucun résultat durant deux jours; mais, à partir du troisième jour, il y a, durant quatre jours, de sept à douze heures de sédation, et brusquement l'accoutumance s'établit derechef et, cette fois, elle est définitive; car 50 centigrammes durant cinq jours, 60 durant deux jours et 70 durant quatre jours, sont sans influence sur l'agitation, mais procurent dans la journée trois heures de sommeil, de préférence sous forme de sieste. La médication a duré trente et un jours, durant lesquels on a prescrit 13 gr. 20 de chloralose.

Observation XVI. — Emile Lem..., musicien, trente-sept ans, entré en janvier 1890; paralysie générale progressive à la seconde période avec paroxysmes irréguliers d'assez longue agitation. Lors d'un de ceux-ci avec surexcitation diurne continue, 30 centigrammes de chloralose procurent durant onze jours de dix à douze heures de calme; puis, brusquement, l'accoutumance s'établit, et durant trois jours l'état antérieur reparaît. Avec 40 centigrammes pendant trois jours on a huit, cinq et trois heures de tranquillité; avec 50 centigrammes également pendant trois jours, on a sept, six et quatre heures de sédation complète. La dose est alors portée à 60 centigrammes et reste insuffisante pendant deux jours; mais on est obligé de suspendre le traitement, car, au cours de la seconde journée, le malade a eu de grandes crises convulsives généralisées. La médication a duré vingt-deux jours, durant lesquels on a prescrit 8 gr. 10 de chloralose.

Chez les sept autres malades, avons-nous dit, l'accoutumance a été d'emblée définitive; dès sa première apparition elle a résisté aux augmentations de doses. Il con-

vient d'ajouter, toutefois, que dans deux cas celles-ci n'ont pu être poussées jusqu'à 80 centigrammes pour la même raison qui nous a obligé, avec le sujet précédent, à suspendre la médication : des crises convulsives généralisées.

Observation XVII. — Adolphe Bré..., charpentier, quarante ans, entré en février 1894; paralysie générale à la première période, vive agitation, trois heures de calme au plus dans la journée; 30 centigrammes restent sans action sédative le premier jour, mais procurent une sieste de quatre heures; durant les cinq jours suivants l'influence calmante va en s'accentuant progressivement, car on a cinq, six, sept, huit et dix heures de tranquillité avec, tous les deux jours, une sieste de deux heures; le septième jour, il n'y a plus que cinq heures de calme sans sommeil et durant les trois jours suivants l'effet est nul. L'accoutumance est définitive, car 40 centigrammes pendant trois jours et 50 pendant quatre jours sont sans résultat. On est obligé de suspendre la médication, le malade ayant eu à 4 heures du soir de violentes crises convulsives généralisées. Le traitement avait duré dix-sept jours, durant lesquels le malade avait pris 6 gr. 20 de chloralose.

Observation XVIII. — Alexis Desb..., domestique, trente-sept ans, entré en mars 1893; paralysie générale à la seconde période. Lors d'un paroxysme de violente agitation avec une ou deux heures de calme, au plus, dans la journée, 30 centigrammes de chloralose n'agissent pas le premier jour; mais l'action sédative se produit à partir du second, seulement elle va sans cesse s'affaiblissant. On a, en effet, pendant six jours, treize, onze, dix, sept, cinq heures de tranquillité, et, enfin, accoutumance complète et définitive. 40 centigrammes, pendant quatre jours, et 50 pendant trois jours n'ont pas d'effet. Jamais de sommeil. On est obligé de suspendre la médication, le malade ayant eu, à deux reprises différentes, dans la matinée et dans l'après-midi, des crises convulsives généralisées. Le traitement a duré quatorze jours, durant lesquels on a prescrit 5 gr. 20 de chloralose.

Le malade, dont l'observation suit, a bien eu, lui aussi, des crises convulsives généralisées, ce qui prouve que cet accident d'hyperexcitabilité musculaire déter-

miné par le chloralose est bien plus fréquent avec la paralysie générale qu'avec la vésanie, seulement ces crises n'ont apparu qu'au quatrième jour de la dose de 80 centigrammes. On a pu avoir aussi la preuve que l'accoutumance avait été réellement définitive dès sa première apparition.

Observation XIX. — Marie Dor..., courtier, trente-huit ans, entré en septembre 1893; paralysie générale à la première période avec très violente agitation; le malade n'a pas un instant de repos dans la journée. Avec 30 centigrammes de chloralose, on a, pendant quatre jours, une fois six et une fois cinq heures de calme avec une sieste d'une ou deux heures. On porte alors la dose à 40 centigrammes dans l'espoir d'augmenter le nombre des heures de tranquillité; mais pendant deux jours les résultats sont identiques aux précédents et, à partir du troisième jour, l'accoutumance est complète et définitive. 50 et 60 centigrammes pendant quatre jours, 70 pendant trois jours et 80 pendant quatre jours, sont sans effet. La médication a duré vingt-deux jours, durant lesquels on a prescrit 12 gr. 6 de chloralose.

Les quatre paralytiques dont il nous reste à donner les observations n'ont pas eu à souffrir de crises convulsives généralisées. Chez eux les phénomènes d'hyperexcitabilité musculaire sont restés localisés à des muscles et à des groupes de muscles, sans acquérir une gravité nécessitant l'abandon de la médication. Tous les quatre se sont montrés réfractaires à l'action sédative, malgré l'élévation des doses, dès que l'accoutumance se fut établie; celle-ci a été très prompte à se manifester chez trois d'entre eux.

Observation XX. — Philogène Lard..., journalier, cinquante ans, entré en octobre 1892; paralysie générale à la seconde période avec agitation; deux heures de calme au plus dans la journée. 30 centigrammes de chloralose; l'action est nulle le premier jour, mais les trois jours suivants il y a huit heures de tranquillité sans sommeil; puis, brusquement, l'accoutumance se montre et pendant deux autres jours le remède

n'agit plus. Alors 40 et 50 centigrammes pendant quatre jours, 60 pendant trois jours, 70 et 80 pendant deux jours, n'ont pas d'effet. La médieation a duré vingt et un jours, durant lesquels on a preserit 10 gr. 20 de ehloralose.

Observation XXI. — François Bru..., quarante-deux ans, palfrenier, entré en décembre 1893; paralysie générale à la première période avee agitation; trois heures de calme au plus dans la journée. 30 eentigrammes de ehloralose à partir du seeond jour proeurent, durant une semaine, de sept à huit heures de tranquillité avee, sauf deux fois, une heure de siestc. Dans le but d'accroître le nombre des heures de ealme, on porte la dose à 40 centigrammes, la situation reste la même le premier jour; mais, les deux jours suivants, l'aeeoutumance est complète, aeeoutumanee que ne parviennent pas à vainerc 50 centigrammes pendant quatre jours, 60 pendant trois jours, 70 et 80 pendant deux jonrs. La médieation a duré vingt-deux jours, durant lesquels on a preserit 10 gr. 40 de chloralose.

Observation XXII. — Léon Malt..., trente-quatro ans, avocat, entré en mai 1893; paralysie générale à la seconde période; agitation à peu près eontinue toute la journée. 30 eentigrammes dc chloralose pendant une semaine donnent dc huit à douze heures de ealme, avec, une fois seulement, uue heure de sieste. Le huitième jour il n'y a plus que cinq heures de tranquillité, et, les deux jours suivants, l'aeeoutumanee est complète, ear la durée du ealme n'excède pas une heure dans toute la journée. Alors 40 centigrammes durant cinq jours, 50 et 60 durant deux jours, 70 durant cinq jours et 80 durant deux jours, sont sans efficaeité. La médication a duré vingt-six jours, durant lesquels on a prescrit 12 gr. 30 de chloralose.

L'accoutumance, dans les trois observations qui précédent, s'est, comme on voit, rapidement produite; dans la suivante si, dès sa première apparition, elle a été également définitive, résistant à tontes les élévations de doses, par contre elle a été longue à se manifester; mais, malheureusement, ce cas ést nnique sur les neuf soumis au chloralose.

Observation XXIII. — Aimé Bui..., employé d'assurance, trente-quatre ans, entré en octobre 1893. Paralysie générale à la première période avec vive excitation et impulsions violentes.

Avec 30 centigrammes de chloratlose il y a, pendant une semaine, suppression à peu près complète de l'agitation; le calme est, en effet, de onze à treize heures par jour; puis, durant deux autres semaines, il y a de sept à neuf heures de tranquillité; jamais de sommeil. Après quoi, brusquement, l'accoutumance s'établit et le remède est deux jours sans action. Cette inefficacité se continue avec 40 centigrammes pendant deux jours, 50 pendant trois jours, 60 et 70 pendant deux jours, 80 pendant trois jours. En résumé, l'action sédative à la dose de 30 centigrammes s'est maintenue durant trois semaines. La médication a duré trente-cinq jours, durant lesquels on a prescrit 14 gr. 20 de chloralose.

La conclusion qui découle de ces vingt-trois observations, c'est que le chlorolose, en dehors même des accidents d'hyperexcitabilité musculaire, qu'il est susceptible de déterminer, surtout chez les paralytiques et sur lesquels nous avons longuement insisté l'an dernier dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, n'est à conseiller ni dans la vésanie ni dans la paralysie générale comme calmant diurne; car si son influence sédative est incontestable dans l'immense majorité des cas, elle est malheureusement éphémère, se retrouve difficilement et même pas du tout, malgré l'élévation des doses. C'est la conclusion d'ailleurs à laquelle nous sommes déjà arrivé relativement à son emploi comme hypnotique chez les aliénés (*Revue de Médecine*, 1894). Si à cela nous ajoutons que, sous son influence, les hallucinés auxquels nous l'avons prescrit ont souffert d'une aggravation notable de leurs troubles sensoriels, même visuels, malgré la propriété dont est douée la substance de déterminer la cécité psychique, aggravation qu'établissent les faits par nous publiés en 1894, dans la *France médicale*, on verra que, jusqu'ici, les aliénés de notre service n'ont pas retiré grand avantage de ce nouveau remède, autour duquel on mène depuis bientôt deux ans un si fort tapage.

Médecine légale

RAPPORT

SUR

L'ÉTAT MENTAL DU SIEUR A...

INCULPÉ D'OUTRAGES AUX MOEURS

PERVERSIONS SEXUELLES. — EXHIBITIONNISME

Je soussigné, médecin en chef du quartier des Aliénés des hospices d'Orléans, commis par réquisitoire de M. le Procureur de la République près le Tribunal de première instance d'Orléans en date du 4 janvier 1895, à l'effet de constater l'état mental du nommé A.., inculpé d'outrages à la pudeur, de dire s'il jouit ou non de la plénitude de ses facultés mentales et s'il est responsable des actes qu'il a commis, après avoir prêté serment, pris connaissance du dossier, visité à plusieurs reprises l'inculpé, soit à son domicile, soit en le faisant venir dans mon cabinet, et m'être entouré de tous les renseignements de nature à m'éclairer, ai consigné dans le présent rapport les résultats de mon examen.

Le nommé A..., cantonnier, est âgé de soixante-dix ans. Une information a été ouverte contre lui à la suite d'une dénonciation par lettre anonyme, l'accusant d'exhiber ses organes génitaux et de se masturber devant des enfants qui allaient à l'école. Onze enfants ont été entendus et ont affirmé avoir été témoins des faits reprochés

à l'inculpé. Ce dernier, interrogé à son tour, ne cherche pas à se disculper, il avoue tout sans réticences, il reconnaît qu'il a mal agi; mais il ajoute que sa passion est plus forte que sa volonté et qu'aussitôt qu'il a commis un acte de cette nature, il en éprouve un profond regret.

La répétition fréquente de ces exhibitions a paru étrange chez un homme de cet âge et motivé son examen mental.

Pour que cette étude soit complète, il est nécessaire de remonter aux antécédents d'A... et de rechercher ce qui, dans le passé, peut éclairer le présent, et de voir si nous nous trouvons en présence de pratiques vicieuses ou, au contraire, de déviations d'ordre pathologique.

Le père d'A..., mort à soixante-dix-neuf ans, aurait été atteint pendant sept ans d'une affection nerveuse. Sa mère, très nerveuse, était sujette aux migraines.

Une sœur est morte d'une attaque d'apoplexie.

Quant à lui, il semble fort bien constitué ; malgré son âge avancé, il est encore très robuste. Jusqu'à quarante et un ans, il n'avait jamais été malade. A cette époque, il a été atteint d'une tumeur blanche de la cheville pour laquelle on lui a amputé la jambe. Depuis, il a toujours été fort bien portant. L'examen mental, tout d'abord, ne révèle rien de particulier. A... répond fort nettement à toutes les questions qu'on lui pose ; sa mémoire est intacte, et il raconte avec les plus grands détails les diverses phases de son existence.

Etant donnés les faits particuliers qui lui sont reprochés, nous avons pensé qu'on découvrirait peut-être chez cet individu quelque aberration ou perversion du sens génital. En dirigeant notre interrogatoire dans ce sens, nous avons constaté une particularité fort intéressante à ce point de vue.

A... a commencé à s'onaniser vers l'âge de douze ans ;

depuis il n'a jamais cessé. Dès cette époque, il éprouva un phénomène singulier, c'était une excitation génitale particulière, suivie d'érection, dès qu'il apercevait un mouchoir ; aussi ne pouvait-il en voir à sécher sans avoir immédiatement envie de les dérober ; il était alors enfant de chœur et se réfugiait dans le clocher de l'église pour se masturber avec des mouchoirs volés qu'il y avait cachés.

Tous les mouchoirs ne lui convenaient pas également, il préférait ceux à carreaux blancs et noirs, violets ou rayés. Il ne peut donner les raisons de cette préférence ; mais il s'arrêtait toujours à ces mêmes couleurs, dédaignant absolument les autres.

A quinze ans, il commence à avoir des rapports avec les femmes ; il parvient à pratiquer le coït, mais cet acte normal offre pour lui peu d'attraits ; il cherche surtout à dérober les mouchoirs des femmes qu'il fréquente pour se masturber ensuite avec. Soldat à vingt ans, il conserve les mêmes habitudes.

Il raconte que, plusieurs fois, il s'était trouvé impuissant au moment des approches sexuelles, et qu'il lui suffisait d'évoquer le mouchoir pour retrouver sa vigueur.

Une fois marié, ses habitudes n'ont point changé.

Sa femme nous raconte que, bien souvent, il était impuissant et que, bien qu'il eût d'assez violents désirs, il ne pouvait arriver à pratiquer le coït. Mais s'il se recouvrait la verge d'un mouchoir, l'érection se produisait aussitôt, et il pouvait pratiquer ses devoirs conjugaux avec le concours de ce révêtement bizarre.

A... avoue que les approches sexnelles ont toujours offert pour lui fort peu d'attraits, qu'il recherchait surtout la vue des nudités féminines, qu'il lui arrivait souvent de placer un mouchoir entre les jambes de sa femme ou de ses maîtresses et qu'ensuite, il se masturbait dedans.

A chaque instant, sa femme lui reproche les vols de mouchoirs qu'il commet pour satisfaire ses habitudes bizarres, mais il recommence toujours. Il en possède toujours deux ou trois sur lui ; il en a un dans lequel sa verge est enveloppée ; il en a d'autres dans ses poches. Un de ces mouchoirs à carreaux blancs et noirs est le préféré ; il le recherche exclusivement pour cet usage et le cache soigneusement à sa femme ; il le lave lui-même quand il est trop maculé de sperme, tandis que, pour les autres, il abandonne volontiers ce soin à sa ménagère.

Etant jeune, A... s'enivrait assez fréquemment, mais cela lui arrivait le dimanche et par occasions : il n'a jamais été un dipsomane dans l'acception du mot.

Aujourd'hui encore, quand il aperçoit un mouchoir à sécher sur une haie, l'éreetion se produit immédiatement, et il n'a de tranquillité que lorsqu'il a pu le dérober et se masturber dedans.

Des faits de ce genre sont assez fréquents et ont été rapportés par différents auteurs.

Un individu, par exemple, recherche les clous de souliers de femme : il achète des bottines exprès pour contempler les clous qui sont dessous, il les approche de l'extrémité de sa verge et cet acte suffit pour provoquer chez lui l'érection, puis l'éjaculation.

Un autre ne peut entrer en éreetion que devant un bonnet de nuit : la première nuit de ses noces, il est impuissant et ne parvient à accomplir ses devoirs conjugaux qu'en évoquant la tête d'une vieille femme ridée, couverte d'un bonnet de nuit.

Un autre enfin se sent attiré par les tabliers blancs ; il ne peut s'empêcher d'en voler et s'en sert pour pratiquer l'onanisme, puis il les replace dans les lieux où il les a pris, ou bien il les jette ou les laisse chez lui dans un coin. Quand il aperçoit un homme ou une femme avec un tablier blanc, il les suit, ne tenant aucun compte

du sexe, le tablier seul offrant tout l'attrait ; cette vue suffit pour provoquer l'éjaculation.

Depuis quatre ou cinq ans, nous voyons s'opérer chez A... une transformation notable. L'âge est venu et l'impuissance augmente. Il a toujours des idées, dit-il, mais bien souvent il ne peut arriver à un résultat. L'excitation produite par le mouchoir ne suffit plus à réveiller ses sens endormis, et alors il cherche autre chose, et c'est en s'exhibant aux enfants ou en les découvrant, qu'il parvient à retrouver sa vigueur perdue, et à se procurer des sensations voluptueuses ; la vue des fillettes éveille principalement chez lui des désirs lubriques. Il résiste d'abord à ses idées malsaines, mais il finit par succomber ; il n'a plus seulement de la perversion sexuelle : il devient exhibitionniste.

C'est alors qu'il commet les actes qui lui sont reprochés actuellement. De la déposition des différents témoins il résulte principalement qu'il a appelé ces enfants pour se masturber devant eux, leur présence, à ce moment, provoquant chez lui une exaltation particulière.

Il ne semble pas démontré qu'il ait voulu réellement abuser de la fille D... ; il s'en défend du reste, et avoue au contraire qu'il aurait plutôt voulu relever ses jupons afin de s'exciter. « Aurais-je voulu le faire, dit-il, que je n'aurais pas pu y arriver. »

A..., ainsi qu'on vient de le voir, présente donc une perversion étrange du sens génésique ; s'ensuit-il qu'il soit absolument irresponsable ? Nous ne le pensons pas.

Pour qu'un individu soit irresponsable d'un acte, il faut que cet acte ait été commis sous l'influence d'une impulsion angoissante, impérieuse et absolument irrésistible, comme chez l'épileptique, par exemple, ou comme chez certains dégénérés héréditaires.

Dans d'autres cas, l'acte délictueux est commis, non

pas sous l'influence d'une impulsion, mais il résnlte de l'affaiblissement des facnltés mentales (démence) et, dans ces cas, le délit est tellement niais, ridicule, inconscient, qu'il porte en lui-même le caractère de la déchéance des facnltés. Alors l'aliéné ne prend aucune précaution ponr se cacher, et semble choisir pour l'accomplissement de son projet, le moment où il ne peut manquer d'être pris.

C'est le cas, par exemple, cité par l'éminent aliéniste Magnan, de ce dégénéré héréditaire, surpris par un contrôlenr à la station d'omnibus de l'Etoile, frottant sa verge sur la robe d'une dame qui attendait son tour pour monter en voiture. Honteux, désolé, il s'empresse d'avouer tout au commissaire ; il pleure, se lamente, raconte qu'il avait longtemps résisté, mais qu'à la vue d'une dame dont le derrière était très saillant, il avait été *comme ébloui* et ne savait plus ce qu'il faisait.

On peut citer encore le cas de cette femme qui, se promenant aux Bnttes-Chaumont, glisse, et se blesse légèrement à la cuisse. Elle s'assied sur le bord d'un trottoir, relève tranquillement sa robe pour se panser ; denx sergents de ville l'interpellent ; elle leur répond en riant : « Mettez-y votre nez », et se découvre entièrement. C'était une paralytique générale. Devant le tribnnal elle avoue tout, et raconte, dans son inconscience, la bonne farce qn'elle a faite aux sergents de ville.

J'ai cité à dessein ces deux exemples, parce qu'il s'agit d'exhibitionnistes dans les deux cas ; mais, tandis que le premier a cédé à nne impnlsion irrésistible, la seconde a agi avec inconscience ; son acte porte le cachet de la démence, elle se trouve fort étonnée qu'on lui reproche son exhibition impudique.

Si nous mettons les actes commis par A... en parallèle avec ceux qui précèdent, nous voyons qn'ils ont nn cachet différent, tout en étant de même nature.

Chez lui, la perversion de l'appétit sexuel n'apparaît

pas tellement obsédante et pressante, qu'il n'ait pu la réfréner par la volonté.

Les précautions, dont il s'est toujours entouré pour cacher ses habitudes, montrent qu'il avait assez d'empire sur lui pour dissimuler.

Lorsqu'il se livrait à ses exhibitions, il choisissait toujours le moment où les enfants étaient seuls ; il cherchait à les entraîner dans le bois, pour échapper aux regards indiscrets, ou pénétrait chez eux, quand il savait les parents absents.

Lorsqu'il est allé chez la fille D..., il s'est sauvé dès qu'il s'est aperçu qu'un autre enfant, couché dans un lit voisin, et dont il ne soupçonnait pas la présence, avait vu ses mouvements.

Quel contraste avec le *frotteur* cité précédemment, qui n'hésite pas à accomplir son acte en plein jour, à une station d'omnibus ! quelle différence aussi avec la démence de cette paralytique, s'exhibant sans comprendre qu'elle commet ainsi un outrage aux mœurs !

C'est pourquoi je suis amené à formuler les conclusions suivantes :

Conclusions : 1° A... n'est pas un aliéné, c'est un névropathe atteint, depuis sa jeunesse, de perversion sexuelle ;

2° Il avait au moment où il commit les actes qui lui sont reprochés, conscience du caractère délictueux de son exhibition, mais il y était incité par une obsession ;

3° Cette obsession n'a certainement pas été suffisante pour annihiler sa volonté, mais elle a eu pour effet de la diminuer ;

4° Sa responsabilité est donc atténuée.

Dr Rayneau.

Revue critique.

SUR LA

CHIRURGIE CÉRÉBRALE

DANS LES ALIÉNATIONS MENTALES

Par le Dr René SEMELAIGNE

Depuis quelques années, la question de la chirurgie cérébrale dans les aliénations mentales a fait l'objet d'un certain nombre de travaux et de discussions, principalement à l'étranger. En France, sauf exceptions assez rares, on reste sur l'expectative et l'on recourt peu à la trépanation, du moins au point de vue qui nous occupe en ce moment. Cette réserve est-elle justifiée ? Peut-être, vu l'absence de résultats nettement concluants. On ne saurait cependant émettre une opinion ferme avant d'avoir attentivement élucidé le sujet.

Je n'ai pas l'intention d'étudier la trépanation chez les idiots ; la discussion en a été faite aillenrs, et la question me semble définitivement tranchée. Passant également sous silence les nombreuses opérations pratiquées sur les épileptiques non aliénés, je me bornerai aux cas de pure vésanie.

Et d'abord quelles sont, chez les aliénés, les indications de la trépanation ? Les opérations ont été surtout préconisées dans les cas de folie traumatique on de pression intracranienne, et ce sont en effet les seules circonstances où l'intervention chirurgicale puisse être discutée. Que le traumatisme détermine le délire ou qu'il réveille simplement nne prédisposition sommeillant jusqu'alors, il semble, à première vue, assez logique,

toutes les fois que les troubles mentaux se sont développés à la suite de l'accident et qu'il existe une cicatrice avec dépression osseuse, de s'adresser directement à la cause et d'appliquer le trépan. — Claye Shaw et Batty Tuke ont essayé de populariser le traitement de la paralysie générale par la trépanation. L'intervention chirurgicale leur paraît justifiée par l'espoir de diminuer la pression intracranienne en donnant issue à l'excès de liquide céphalo-rachidien et de modifier peut-être le système de nutrition du cerveau en offrant un canal d'élimination à ses déchets. D'après Claye Shaw, les apparences pathologiques indiquent, au début de la paralysie générale, un processus irritatif dans les couches supérieures des circonvolutions, et, plus tard, des phénomènes de compression. Le seul mode efficace de traitement consiste à débrider pour donner plus d'espace au cerveau et diminuer la tension ; si l'on ne procure pas la guérison, on soulage du moins le malade. Harrison Cripps, qui a opéré une partie des sujets de Claye Shaw, avait d'abord imaginé d'exciser les méninges et de mettre la substance cérébrale en contact direct avec les téguments ; il espérait ainsi favoriser l'absorption du liquide, et préconisait une ouverture aussi large que possible, de façon à augmenter la surface de contact. Mais les autopsies démontrèrent qu'au niveau de l'orifice se formait une épaisse membrane fibreuse qui, au point de vue de la pression, rétablissait les conditions premières de résistance. Le Dr Batty Tuke ayant constaté que l'amélioration obtenue n'était que momentanée, et que les phénomènes morbides réapparaissaient sitôt la plaie cicatrisée, propose un drainage continu permettant aux cellules comprimées de reprendre leur volume normal et supprimant la cause originelle de l'hypersécrétion. On pourrait, en atteignant les grandes citernes de la base, obtenir un canal d'écoulement permanent. Mais les dispositions anatomiques s'y opposant, Batty Tuke conseille la laminectomie des deuxième et troisième vertèbres lombaires, la ponction des méninges et le drainage.

La théorie pure semblerait donc justifier l'application du trépan dans les cas de traumatisme et de pression intracranienne. Mais certains aliénistes vont plus loin.

Ils ont l'ambition de s'attaquer à la source même des troubles mentaux, et ne craignent pas d'exciser des portions plus ou moins étendues des circonvolutions cérébrales ; si le malade ne guérit ni ne meurt, ils trépanent une seconde, une troisième, une quatrième fois ! D'autres, supposant que l'amélioration résulte de l'opération en elle-même, n'ont pas de préférence pour le trépan et ouvrent le ventre de malades qui ne présentent aucune lésion des organes abdominaux. C'est sans doute hardi; mais en voulant pratiquer la chirurgie chez les aliénés, il faut éviter de verser dans la folie chirurgicale.

Passons maintenant rapidement en revue, par ordre chronologique, les cas les plus connus d'intervention chirurgicale dans les aliénations mentales.

En 1862, nous trouvons dans *The American medical Times* l'observation d'un jeune fermier qui, à l'âge de quatorze ans, avait reçu un coup de pied de cheval déterminant une fracture du frontal. Depuis cette époque son caractère se modifia ; il devint intraitable. A dix-huit ans, accès de folie qui dure six semaines. Rechute six ans plus tard. Il entre, le 27 juillet 1860, dans la maison de santé du Dr Chopin, à New-York, et les phénomènes morbides disparaissent assez rapidement. Le 19 octobre il se trouve assez bien pour quitter l'établissement, et, sur l'insistance des siens, qui lui font entrevoir l'espérance d'une guérison définitive, il consent à se faire trépaner. Il présentait une dépression linéaire oblique s'étendant de la bosse frontale droite au sourcil gauche. On opère à ce niveau ; dure-mère adhérente. Pendant les trois premiers jours tout se passe bien; mais, le quatrième, des accidents surviennent et le malade meurt le lendemain.

Avec les progrès de l'antisepsie l'audace chirurgicale s'accroît, et les cas de trépanation chez les aliénés commencent à se multiplier.

En 1886, W. B. Fletcher, directeur de l'asile d'Indiana, relate trois observations d'intervention chirurgicale pour folie traumatique. Dans la première, il s'agit d'un individu atteint depuis six ans de manie avec impulsion au suicide et à l'homicide. Le délire s'était montré à la suite d'une chute sur la tête. Dépression au

niveau de la région pariétale supérieure gauche. Amélioration immédiate après l'opération, guérison complète au bout de six mois. Le second malade était un mélancolique à idées de suicide; le délire durait depuis trois ans. Dépression osseuse. Trois jours après la trépanation, les troubles mentaux s'atténuent, et il peut bientôt quitter l'asile. Le troisième était un dément, plongé dans une prostration absolue. Après l'opération, il recommença à causer, et fut bientôt en état de reprendre son travail.

L'année suivante, le Dr Fletcher publiait une série de huit cas de folie traumatique pour lesquels on avait eu recours au trépan. Chez tous ces malades, dépression osseuse à la place de la blessure, et adhérences de la dure-mère. Deux guérisons et cinq améliorations. Le Dr Fletcher pense que si l'on avait plus souvent recours au traitement chirurgical dans les établissements d'aliénés, on verrait augmenter le nombre des guérisons.

Macewen rapporte en 1888, dans les *Medical News*, un cas de traumatisme suivi, au bout d'une année, de mélancolie avec céphalée continue. Pas de phénomènes moteurs. Trépanation et guérison.

La même année, Selden H. Talcott, directeur de l'asile de Middletown, présentait au Congrès annuel des médecins aliénistes des Etats-Unis, un mémoire sur les « Folies traumatiques et guérisons traumatiques ». Nous y trouvons l'observation d'une femme de trente-sept ans qui, ayant reçu une brique sur la tête, perdit connaissance. Couronne de trépan pour enlever les esquilles. La malade revient à elle; mais, huit jours après, elle est prise d'une violente excitation maniaque. Nouvelle application du trépan, mais sans succès. La guérison ne survient que deux mois plus tard.

Arthur Bonnie, de Georgetown, Guyane anglaise, a eu à traiter une femme atteinte de syphilis tertiaire, avec troubles mentaux. Irritabilité, exaltation, hallucinations de la vue. Attaques épileptiformes avec paralysie affectant principalement le côté gauche de la face et le membre supérieur gauche. Céphalée frontale et pariétale, à droite; sensibilité du cuir chevelu dans les mêmes régions, et écoulement par l'oreille droite, alternant avec la céphalée. Trépanation. Disparition des accidents.

Le Dr Hay relate, dans l'*American Lancet of Detroit*, onze cas de folie traumatique opérés. Il conclut : 1° que les traumatismes craniens peuvent être suivis d'aliénation mentale ; 2° que, dans la majorité des cas, il n'y a pas de convulsions épileptiformes ; 3° que le traumatisme peut déterminer, chez des sujets bien portants jusque-là, toutes les formes de la folie, sauf la paralysie générale ; 3° que le pronostic est plus défavorable quand les symptômes se manifestent longtemps après le traumatisme.

Un malade de Claye Shaw, opéré le 28 juillet 1889 par Harrison Cripps, était un paralytique général, arrivé à un état voisin de la démence. Le dixième jour après la trépanation il pouvait s'asseoir sur son lit. Amélioration notable, plus d'excitation, plus de convulsions, plus de céphalée. Le 18 septembre, légère attaque avec engourdissement de la main gauche. Le 14 février 1890, convulsions violentes ; coma, et mort le 20 février, six mois après l'opération. Un autre malade, traité par Claye Shaw, était employé de chemin de fer. Lancé en bas d'un train, il était tombé sur le côté gauche de la tête. Quinze mois après l'accident, il entre au Banstead Asylum, le 20 avril 1889. Délire, troubles de la parole, symptômes ataxiques, diminution notable du réflexe patellaire. Pas de syphilis. On ne constate pas de dépression au niveau de la cicatrice située à deux pouces au-dessus de l'oreille gauche; mais il existe en ce point une douleur persistante. La trépanation est décidée, dans le but de soulager la douleur, de donner issue au liquide accumulé et de diminuer ainsi la pression intracranienne. Elle est pratiquée le 27 janvier 1890 par Harrison Cripps. Amélioration notable ; la douleur a disparu, la mémoire est plus nette. Le malade sort le 18 avril. Il n'avait eu de convulsions ni avant ni après l'opération.

Batty Tuke reçoit à l'infirmerie royale d'Edimbourg, le 5 mai 1889, un homme de trente-deux ans, atteint de paralysie générale très probablement d'origine syphilitique. Céphalée. Hallucinations de la vue. Les médecins demandent à la famille l'autorisation d'opérer, et font valoir les raisons suivantes : 1° le cas est désespéré et la mort doit survenir dans les vingt à vingt-quatre

mois ; 2° il y a peu de vraisemblance que quelque danger résulte de l'opération ; 3° la maladie est à son début ; 4° on peut, en opérant, espérer une amélioration. Le trépan est appliqué au niveau et un peu au-dessus de la bosse pariétale gauche ; la dure-mère ne bombe pas à travers l'orifice. On applique une couronne de trépan à la même place, du côté droit. La dure-mère bombe ; sans l'inciser, on referme la plaie. Le lendemain les pupilles redeviennent égales et réagissent mieux à la lumière. Intelligence plus nette, état plus calme, disparition de la céphalée. Plus d'hallucinations. Mais l'amélioration ne dure que cinq jours, les troubles mentaux se montrent à nouveau, et le malade est transféré à l'asile de Morningside, où il meurt le 18 janvier 1890, des suites de l'influenza. L'autopsie confirme le diagnostic de paralysie générale.

Le Dr Burckhardt, médecin de l'asile de Préfargier, partant de ce principe que la vie psychique se compose d'éléments différents localisés dans le cerveau, a tenté, chez des aliénés incurables, l'excision de zones plus ou moins étendues de l'écorce cérébrale. Le résultat de ses recherches a été exposé au Congrès international de Berlin, en 1890. Le premier sujet est une femme de cinquante-quatre ans, à l'asile depuis seize années ; démente avec accès subits de manie furieuse ; donne alors des coups de poing et de pied. Hallucinations de la vue et de l'ouïe. Burckhardt se demande s'il ne serait pas possible de retrancher du cerveau de cette femme l'élément émotif et impulsif, et il se décide à exciser une couche de substance grise au niveau du point de jonction de la zone motrice et des centres du langage et de l'audition. Trépanation le 29 décembre 1888 ; on enlève avec une cuiller tranchante environ 5 grammes de substance grise. L'opération dure quatre heures. Dix jours après, survient une paralysie du bras gauche, avec faiblesse de la jambe du même côté ; la paralysie de la jambe disparaît rapidement, mais celle du bras dure plusieurs semaines. Les accès de fureur réapparaissent, avec un peu moins de violence ; la malade frappe avec le poing, mais ne donne plus de coups de pied. Crises de mélancolie. Burckhardt, persuadé qu'elle a des hallucinations de la

vue, décide une seconde opération qui est pratiquée dix semaines environ après la première. On était convenu d'enlever une partie des circonvolutions temporo-sphénoïdales supérieure et moyenne. L'opération dure deux heures ; on enlève environ 2 gr. 1/2 de substance cérébrale. Cicatrisation rapide. La malade rit et parle seule ; son état mental ne paraît pas changé, mais la santé générale semble atteinte; diarrhée, amaigrissement, pâleur. Aucune amélioration ne se produisant, on a recours à une troisième opération qui est pratiquée cinq mois après la première. On avait comme but l'excision d'une portion du lobe pariétal gauche. 5 gr. 1/2 de substance grise sont enlevés avec le couteau de Graefe. L'état reste à peu près stationnaire; mais le Dr Burckhardt ne s'en félicite pas moins du résultat obtenu. L'irritation et la violence ont à peu près disparu. Plus de cris ou de chants sans motifs, plus d'hallucination de la vue ou de l'ouïe. Surdité verbale. Le Dr Burckhardt, constatant néanmoins une tendance au bavardage, songe à s'attaquer au centre moteur du langage. « Le risque de rendre la malade aphasique, fait-il remarquer, ne me parut pas digne de considération, comparé à l'avantage que l'on devait espérer ; d'ailleurs le but n'était pas d'enlever toute la circonvolution de Broca, mais une partie seulement. » Le 12 février 1890, environ deux ans après la première opération, on en pratique une quatrième qui dure deux heures et demie. Excision d'une portion de la circonvolution de Broca, pesant 1 gr. 1/2. Pas d'aphasie consécutive. De dangereuse et excitée, la malade est devenue tranquille. « Son intelligence n'est pas revenue, dit le Dr Burckhardt, mais elle n'a pas diminué. » Ce n'était vraiment pas la peine de la trépaner quatre fois pour en arriver là. — Le second sujet est un dément, âgé de trente-trois ans, et séquestré à l'asile depuis huit années. Idées de grandeur, hallucinations de l'ouïe, accès de fureur. Déviation de la tête et des yeux du côté gauche. Le cas offrant quelque ressemblance avec une paralysie générale, M. Burckhardt suppose que le point lésé doit se trouver entre les circonvolutions centrales et frontales de l'hémisphère gauche. Le 19 avril 1889, on applique une large couronne de trépan, et l'on trouve des circon-

volutions massives, de consistance ferme, de coloration bleuâtre. Avec une cuiller tranchante on enlève une portion de l'écorce. Cicatrisation rapide. Le malade est plus calme ; la déviation de la tête et des yeux n'a pas reparu. Le 4 août, attaque épileptiforme assez violente, qui se répète à trois reprises au printemps suivant. On pense à une épilepsie d'origine corticale, et l'on administre le bromure de potassium ; pas d'attaques au cours de l'été. En somme, depuis l'opération, le malade est plus calme, plus facile à manier, plus disposé à causer. — Le troisième cas est celui d'un homme de trente-cinq ans, depuis quatre années à l'asile. Le délire s'est développé lentement, passant de l'anxiété et des soupçons à l'insomnie et aux idées de persécution. Le malade entend des voix et devient dangereux. Les accès de violence suivant les hallucinations, M. Burckhardt projette de s'attaquer à la région qui unit les centres de l'audition à la zone motrice, et il applique le trépan au-dessus de l'oreille gauche. Il trouve un cerveau de couleur ardoisée et enlève 2 gr. 80 de substance. L'opération dure deux heures et demie. Pas de surdité verbale consécutive. Les hallucinations paraissent moins intenses. Au moment où il communiquait l'observation, M. Burckhardt se proposait de recourir à une nouvelle opération. — La quatrième malade est une femme de trente-sept ans, pour qui l'on a porté le diagnostic de *primäre Verrücktheit*, avec hallucinations de l'ouïe. Les voix lui répètent toutes ses pensées, et se font entendre des deux côtés. Deux années après son admission à l'asile, elle tombe dans un état de démence, avec excitation et hallucinations permanentes de l'ouïe. Même opération que pour le sujet précédent ; excision de 3 grammes de substance cérébrale de la partie postérieure de la première circonvolution temporo-sphénoïdale et de la partie moyenne de la seconde. Après l'opération, la malade confond les mots et parfois oublie le nom des objets. Elle éprouve une sensation de détresse ; incertitude dans les idées. Amélioration peu nette. Au bout de cinq mois, sa sœur l'emmène à Genève. On songe à une seconde opération ; mais, dans le courant de 1890, elle se sauve de chez elle, et deux jours plus tard on trouve son corps dans le Rhône. Elle avait découvert une cure plus rapide et plus

sûre que l'intervention chirurgicale. — Dans le cinquième cas, il s'agit d'un homme de trente-six ans, atteint de paranoïa et versant dans la démence. Il entend des voix et converse avec elles. Hallucinations de la vue et de l'odorat. On enlève une portion de la zone auditive, du poids de 4 gr. 6. Huit mois après, on excise 2 gr. 5 de la troisième circonvolution frontale. Pas d'aphasie ; aussi M. Burckhardt se demande s'il n'y avait pas fonctionnement du centre moteur du langage du côté opposé. Amélioration, en ce sens que les hallucinations auditives et le bavardage sont moins marqués. — Le sixième sujet est un homme de trente-trois ans, également atteint de paranoïa, avec hallucinations de l'ouïe très marquées ; violences. On enlève une portion de la zone auditive. Surdité verbale complète et disparition des hallucinations ; mais le quatrième jour, attaques convulsives qui se répètent le lendemain et le surlendemain, et emportent le malade.

Le Dr Burckhardt n'hésite pas à considérer ces résultats comme encourageants. « Les idées, remarque-t-il, diffèrent suivant les médecins. L'un tient pour la maxime : *Primum non nocere ;* un autre dit : *Melius anceps remedium quàm nullum.* » Et il déclare appartenir à cette seconde catégorie. Pour moi, je crois que l'absence de remède est de beaucoup préférable à un remède mauvais. Giuseppe Seppilli, médecin en chef du manicome d'Imola, pense avec raison que les tentatives de Burckhardt ne méritent pas d'être imitées. Voici, en somme, le résultat des six interventions chirurgicales de M. Burckhardt : une mort déterminée par l'opération, un suicide et quatre états stationnaires. Même en négligeant les résultats obtenus, le principe sur lequel se fonde cette intervention peut-il être admis sans conteste ? D'abord il n'est pas possible, avec nos connaissances actuelles, de localiser tous les phénomènes morbides que présentent les aliénés, et de trépaner au point précis ; les causes d'erreur sont nombreuses. Et quelles seront les limites de cette frénésie chirurgicale ? Parce qu'un malade donne des coups de pied, ira-t-on lui enlever le centre moteur des membres inférieurs ? Chez certains aliénés on finirait par retirer le cerveau tout entier, et l'on pourrait alors se réjouir du succès opéra-

toire, car il est fort probable que le malade n'aurait plus l'occasion de délirer. *Sublatâ causâ tollitur effectus* est une maxime des plus justes et des plus sensées; mais un principe vrai ne doit pas être poussé à l'absurde. Malgré son incontestable valeur, le Dr Burckhardt s'est engagé, je crois, dans une voie dangereuse.

En juillet 1891, Claye Shaw lisait, à la réunion de la *British Medical Association*, à Bournemouth, un mémoire sur le traitement chirurgical de la paralysie générale. Chez un malade on avait obtenu la cessation des crises épileptiformes dont il souffrait depuis longtemps, et une amélioration des troubles mentaux. Un autre, rétabli peu de temps après l'opération, avait pu reprendre ses occupations. Chez un troisième, disparition du délire et de la céphalée.

M. Girard, de Grenoble, communique au Congrès de chirurgie tenu à Paris en 1891, l'histoire d'une femme âgée de vingt-sept ans, devenue épileptique à quatorze ans, à la suite d'une vive frayeur. En 1890, tristesse prononcée, puis mélancolie avec idées persistantes de suicide. Le 12 novembre, elle se tire une balle de revolver dans la tempe droite. Coma, accidents convulsifs. Trépanation au-dessus de l'orifice produit par la balle, à peu près au pied de la première circonvolution frontale. A partir du moment de l'opération, disparition du coma, de la tristesse et des idées de suicide. Les vertiges et les étourdissements, presque continus jusqu'alors, ne se reproduisent qu'à des intervalles très éloignés et ont perdu leur violence. En somme, la malade peut être considérée comme guérie, et de l'épilepsie et de la mélancolie. Le Dr Girard se demande si le hasard a conduit le projectile et l'opérateur sur une zone épileptogène, ou s'il faut attribuer le succès à une modification déterminée par le traumatisme chirurgical.

Au Congrès des médecins aliénistes tenu à Lyon, en 1891, le Dr Rey, de Marseille, rapporte une observation de trépanation dans un cas de paralysie générale. Il s'agit d'un homme de quarante ans, admis à l'asile Saint-Pierre le 11 février 1891. Affaiblissement des facultés intellectuelles, diminution de la mémoire, mélange d'idées dépressives et d'idées de satisfaction, inégalité pupillaire, embarras de la parole, tremblement

de la langue ; hallucinations terrifiantes, probablement dues à de récentes libations. L'excitation et les hallucinations disparaissent rapidement; mais les signes de paralysie générale ne font que s'accentuer. On constate, à la région pariétale gauche, un enfoncement d'environ 5 centimètres; pas de cicatrice. Il est impossible d'obtenir des renseignements sur cette dépression. Le Dr Rey, avec l'assentiment de la famille et du malade lui-même, fait appliquer le trépan par le Dr Pantaloni, le 11 juin. La partie osseuse correspondant à la dépression est enlevée sur une étendue d'une pièce de 5 francs. On excise la dure-mère ; les méninges présentent un aspect gélatineux et des plaques laiteuses. Le cerveau fait un peu hernie et comble en partie l'orifice. A la suite de l'opération, disparition de l'état de dépression et des idées de satisfaction ; atténuation notable de l'embarras de la parole, du tremblement des lèvres et de la langue et de l'asymétrie faciale ; l'inégalité pupillaire persiste. Le malade quitte l'asile le 29 juillet. — Dans une communication à l'Association française pour l'avancement des sciences (XXe session, septembre 1891), le Dr Rey émet l'avis qu'à la première période de la paralysie générale, la trépanation peut faire cesser les phénomènes de compression, mais qu'elle est impuissante à enrayer la marche des lésions de la méningo-encéphalite diffuse.

Philip Coombs Knapp a eu à traiter un homme, âgé de quarante-huit ans en 1890, qui avait reçu, au cours de la guerre de Sécession (le 1er septembre 1862), une balle dans la tête. Depuis cette époque son caractère changea et l'intelligence ne fit que décliner. Attaques avec perte de connaissance. Affaiblissement de la mémoire, parole hésitante, tremblement fibrillaire de la langue, des lèvres et de la face. Pas de troubles de la sensibilité. Aspect d'un paralytique général. On constate une cicatrice avec dépression osseuse sur la bosse pariétale gauche, à 2 pouces environ de la ligne médiane. La trépanation est pratiquée par le Dr Abner Post. Pas d'amélioration notable. Les convulsions continuent, et, quelques heures après l'opération, on constate une anesthésie partielle du bras droit, avec perte des mouvements volontaires.

Batty Tuke relate, dans le *British medical Journal* (1892), l'observation d'un homme de quarante ans qui, atteint de l'influenza vers la fin de 1889, avait depuis cette époque perdu le sommeil ; irritable, il était porté à tout exagérer, en bien comme en mal. Troubles de la parole, faiblesse générale, céphalée violente qui force le malade à cesser tout travail en octobre 1890. Les troubles de la parole s'accentuent, la marche devient difficile. Pupilles contractées, surtout la gauche, et presque immobiles ; signe d'Argyll Robertson. Tremblement fibrillaire de la langue ; parole lente, hésitante. Diminution des réflexes et de la sensibilité cutanée. Le malade siffle ou chante, pleure et rit sans motifs. Idées de grandeur. La trépanation est pratiquée à droite, par M. John Duncan ; la dure-mère ne bombe pas, mais la pression digitale donne une sensation de flot. L'orifice est momentanément obturé, et une couronne de trépan appliquée du côté gauche. La dure-mère bombe légèrement ; à l'incision il sort peu de liquide, mais les méninges sous-jacentes viennent faire hernie en bombant à travers l'orifice ; elles sont œdématiées ; incision et issue d'une petite quantité de liquide. On revient du côté droit, et l'on incise les méninges. A la suite de l'opération, amélioration de l'état mental ; l'excitation est tombée, les pupilles sont égales. Le mieux s'accentue jusqu'au neuvième jour. Les troubles mentaux se manifestent à nouveau et les pupilles se contractent; mais les symptômes physiques sont moins accentués qu'avant l'opération. Le 7 février, le malade est transféré de l'Infirmerie d'Edimbourg à l'asile de Morningside, où il meurt le 8 avril, à la suite d'une attaque congestive.

Le 24 octobre 1891, entrait au Banstead Asylum un homme de vingt-huit ans, qui avait déjà passé quatorze mois dans un établissement privé. Agité et délirant. Le 19 novembre, la violence augmente, et il tente d'arracher les clefs aux infirmiers. Il est congestionné, bruyant, impulsif. Spasmes musculaires continus. Céphalée intense. Il refuse la nourriture, et l'on est obligé de l'alimenter à la soude. Claye Shaw obtient de la famille l'autorisation d'opérer et, le 24 janvier 1892, Harrison Cripps applique le trépan du côté droit de la tête, en un point correspondant au 1/3 supérieur des circonvolu-

tions qui bordent le sillon de Rolando. Le cerveau et ses méninges font hernie en bombant fortement à travers l'orifice. Incision de la dure-mère et issue d'une quantité considérable de liquide. La plaie se ferme au bout de trois jours par première intention. Le lendemain de l'opération, le malade est plus calme, plus lucide et mange assez bien. L'amélioration mentale ne se maintient pas, mais le calme persiste. Même état en juin et juillet. Vers la fin d'octobre, c'est-à-dire le dernier moment où le malade a été observé, il pouvait se promener avec un seul gardien, répondait aux questions, mangeait bien et engraissait. Mais il s'était développé un hématome de l'oreille. Claye Shaw pense que l'opération lui a sauvé la vie; car, au moment où elle a été pratiquée, il ne prenait aucun repos, refusait les aliments et maigrissait rapidement.

John Macpherson et David Wallace rapportent cinq cas de paralysie générale pour lesquels ils ont eu recours à la trépanation. L'un de ces malades était entré au Stirling Asylum le 22 septembre 1891. Deux ans avant traumatisme cranien ; la famille fait remonter à cette époque les troubles mentaux. Pas de cicatrice, pas de dépression. Exagération des réflexes, parole tremblante, diminution considérable de l'odorat, légère du goût, idées de grandeur, placidité et satisfaction. Il vole niaisement des objets sans valeur. Opération le 11 octobre, des deux côtés de la tête. La dure-mère ne bombe pas. Ponctionnée à gauche, il sort un liquide clair et limpide ; à l'incision de la pie-mère, petite quantité de liquide. A droite, mêmes résultats, avec un peu moins de liquide. Les huit premiers jours, aucune amélioration. En mai 1892, réflexes exagérés, pupille droite plus dilatée que la gauche ; parole tremblante, lenteur des mouvements. Etat de démence. Sur les quatre autres malades opérés, trois ont présenté une amélioration momentanée des symptômes délirants. Macpherson constate, avec Claye Shaw et Batty Tuke, que l'amélioration consécutive à la soustraction du liquide céphalo-rachidien disparaît dès la formation d'une membrane fibreuse au niveau de l'orifice; les bénéfices de la décompression cessent alors de se produire.

J. Percy Wade, médecin adjoint de l'hôpital des

aliénés du Maryland, relate l'observation d'un homme de vingt-quatre ans qui, en 1883, a été frappé par une manivelle au côté gauche de la tête. Il resta plusieurs jours sans connaissance, puis se remit peu à peu et finit par reprendre son travail sans paraître se ressentir de l'accident, tant au point de vue mental que physique. En 1888, accès de manie aiguë, avec tentative de suicide. Le Dr J. D. Blake, de Baltimore, trépane au point fracturé. L'état mental s'améliore considérablement, et le malade peut travailler de nouveau. Néanmoins il lui reste une légère teinte de mélancolie, il ne prend intérêt à rien de ce qui se passe autour de lui, et il ne se soucie pas de sortir. Pas de tendances au suicide. Vers la fin de 1888, la situation ayant empiré, on opère de nouveau avec succès. En 1891, rechute complète. Le 24 mars, on conduit le malade à l'hôpital du Maryland. Il parle seul et a un sourire niais sur le visage. Pas d'hallucinations. Affaiblissement de la mémoire, indifférence pour les siens. On constate une dépression, de la largeur d'un demi-dollar, au point d'union du frontal et du pariétal gauche. Le Dr George H. Rohé, superintendant de l'hôpital, pratique l'opération du trépan le 21 avril 1892 et trouve des adhérences de la dure-mère au niveau de la fracture. Pendant le premier mois, pas de changement dans l'état du malade, puis amélioration graduelle. Il sort en septembre, six mois après l'opération. Pendant quatorze mois, il se porte bien et travaille ; il a alors une rechute et passe de nouveau six mois à l'hôpital. En juillet 1894, il se trouvait dans un état très satisfaisant. Percy Wade pense qu'aucun cas de folie ne peut donner plus d'espoir de guérison que ceux déterminés par un traumatisme crânien.

Dans une communication à l'*American medico-psychological Association*, le 3 mai 1892, Alder Blumer cite plusieurs cas de folie traités par la trépanation. Une femme, âgée de quarante-cinq ans, entre à l'hôpital d'aliénés d'Utica le 3 décembre 1887. Mélancolie attribuée à une chute sur la partie postérieure de la tête cinq ans auparavant ; avant l'accident elle était, paraît-il, gaie et industrieuse ; depuis, elle est sombre, irritable, avec idées d'homicide et de suicide. Refus d'aliments, affaiblissement prononcé de la mémoire. Peu à peu elle

délire davantage et est sujette à de subits accès de violence. Gâtisme. Sur la demande de sa famille, l'opération est pratiquée, le 20 novembre 1891, par le Dr Mabon. Couronne de trépan au niveau du centre moteur du bras gauche. On ne constate qu'un épaississement de la dure-mère. La malade est dès lors plus calme, plus maniable; elle gâte moins, mais sa mémoire reste aussi affaiblie et elle est incapable d'apprécier sa situation. — Une autre femme, âgée de soixante ans, est admise le 25 novembre 1891. Atteinte de mélancolie depuis six mois. Six ans auparavant, traumatisme crânien suivi de perte de connaissance. Elle ne paraissait plus se ressentir de l'accident, lorsqu'en avril 1891, elle offre des troubles mentaux nettement caractérisés. Elle s'imagine que ses voisins parlent mal d'elle et qu'on cherche à l'empoisonner en lui jetant de la poussière au visage; aussi se couvre-t-elle toujours la figure avec un tablier. Elle entend sans cesse des voix, et quelquefois converse avec elles. Quelques semaines avant son entrée à l'asile, elle commence à éprouver une sensation de coupure à la jambe gauche. Fuyant sa maison, elle s'était retirée chez des parents pour échapper à ses persécuteurs. De douce et bienveillante elle est devenue irritable et trouve tout mal. A l'examen du crâne on constate une dépression nettement marquée au niveau de la circonvolution pariétale ascendante droite, vers la zone motrice de la jambe (la malade présente des fausses sensations à l'extrémité inférieure gauche : brûlures, coupures, coups d'épingle). Insomnie, refus de nourriture. Trépanation le 15 novembre 1891. Dure-mère normale; on ne l'incise pas, les personnes présentes étant d'avis que si les signes d'irritation persistent, on pourra recourir à une intervention nouvelle et examiner directement l'écorce cérébrale. La malade reste en observation jusqu'au 14 décembre; à cette époque, ses parents la retirent de l'asile, contrairement à l'avis du médecin. Durant cette courte période, amélioration considérable. Tout symptôme d'irritation du centre sensitif de la jambe a disparu; mais les hallucinations de l'ouïe et de l'odorat persistent et tourmentent la malade. Elle est plus maniable, moins soupçonneuse et mange volontiers. Il est évident, remarque le Dr Blumer, que les sensations de coupure, etc.

dont se plaignait cette femme, étaient le résultat du traumatisme cranien.— Un malade, dont Alder Blumer rapporte également l'observation, a déjà fait le sujet d'un article du Dr Wagner dans l'*American Journal of Insanity*. Il s'agit d'un homme de couleur, âgé de trente-deux ans, entré à l'hôpital le 23 juillet 1889. Paralysie générale bien caractérisée qui progresse d'une façon typique jusqu'à la troisième période. Le 14 mars 1890, le malade est subitement pris de mouvements convulsifs du bras et de la jambe gauches, avec contractions des muscles de la face du même côté; vomissements. Les convulsions durent deux heures, et le bras et la jambe restent partiellement paralysés. Le malade est plus stupide qu'auparavant. Les symptômes augmentent graduellement jusqu'au 16 au matin; il se produit alors une perte absolue du mouvement et de la sensation dans les muscles atteints. Demi-conscience, parole impossible. Le Dr Wagner applique une couronne de trépan au niveau de la scissure de Rolando, vers sa partie moyenne. Au moment où il enlève la rondelle osseuse, la dure-mère fortement distendue fait hernie à travers l'orifice; on l'incise et il jaillit une forte quantité de liquide. Circonvolutions aplaties. La pie-mère présente un aspect légèrement laiteux. On lave la cavité et, la dure-mère suturée, on rapproche les bords de la plaie, en ne laissant qu'une petite ouverture, à la partie déclive, pour le passage d'un drain. Le malade réveillé exécute quelques légers mouvements avec les doigts de la main paralysée. Il suit des yeux les allées et venues des personnes qui l'entourent, et prononce quelques paroles. Au bout de trois semaines, il avait recouvré l'usage du bras et de la main et était devenu loquace. Mais l'amélioration ne dure que trois semaines. Le malade avale avec difficulté. Affaiblissement rapide, gâtisme. De temps en temps légères contractions spasmodiques de la main et de l'avant-bras gauches. Mort huit jours plus tard. A l'autopsie on constate que l'orifice cranien est fermé par une membrane fibreuse forte et dense. Pus accumulé sur l'hémisphère droit, au niveau du point trépané; cet hémisphère est beaucoup plus petit que le gauche. A la partie supérieure du lobe frontal, la dure-mère présente un repli en forme de sac,

de la grosseur d'un œuf de pigeon, recouvert par une fausse membrane hémorragique, et contenant un liquide séreux trouble. Comme, au jour de l'opération, l'affection était très avancée, et que le malade entrait dans une période comateuse, le Dr Blumer ne doute pas que la vie ait été prolongée près de deux mois, grâce à l'intervention chirurgicale.

Roswell Park, de Buffalo, cite plusieurs cas de trépanation. Dans le premier il s'agit d'un homme de trente et un ans qui, le 20 juillet 1891, reçoit un coup de pied de cheval au côté gauche de la tête. Quelque temps après, on le trouve étendu sans connaissance ; pas de paralysie. Au bout de peu de jours, son caractère change ; il devient difficile et même violent. Tendances érotiques, actes étranges. Il entre à l'hôpital le 28 juillet. A l'examen du crâne, dépression sur la bosse pariétale gauche ; cicatrice en forme d'H. Aucun trouble moteur. La trépanation est pratiquée immédiatement. Fracture comminutive ; rien à la dure-mère. Guérison rapide ; le malade rentre chez lui complètement rétabli. — Le deuxième sujet est un homme de quarante-cinq ans, qui, dans sa jeunesse, avait une fracture du crâne. Depuis quelques années, sujet à des crises épileptiques suivies de violents accès maniaques au cours desquels il devient dangereux. Le trépan est appliqué en octobre 1891 au niveau de la dépression osseuse. Amélioration notable ; les attaques s'espacent et diminuent d'intensité ; les accès de manie ne se reproduisent pas.

Un jeune homme de vingt-trois ans, soigné par Manoury et Camuset, avait eu, à l'âge de quatorze ans, une fracture du crâne. Le traumatisme avait porté sur la région antéro-supérieure droite. Trois mois après l'accident, se manifestent des crises d'épilepsie, le malade présente bientôt une quinzaine d'attaques par mois. Démence. A la suite d'une série d'accès, quelques crises maniaques. Trépanation le 16 octobre 1891, sans résultat. En janvier 1892, le malade était dans la même situation.

Louis E. Ruiz, de Mexico, a eu à traiter un enfant de dix ans qui souffrait depuis onze mois d'attaques épileptiques, survenant soit le jour soit la nuit, mais toujours pendant le sommeil. De doux et affectueux cet

enfant était devenu irascible et cruel ; tentative de meurtre sur un de ses frères. On constate une cicatrice au niveau du pariétal droit, et la famille raconte que l'enfant avait reçu un coup sur la tête douze mois auparavant. Vu l'imminence d'un état maniaque, l'opération est décidée. On applique le trépan en un point correspondant à la partie médiane du sillon de Rolando. Pas de pulsations, mais notable turgescence vasculaire ; méninges adhérentes. Une ponction faite avec une seringue de Pravaz donne issue à du sang. La pulpe cérébrale offre une odeur désagréable. Excision de la partie malade, lavage, fermeture de la plaie. Plus de convulsions; l'irritabilité disparaît, et l'enfant redevient tel qu'il était avant l'accident.

Un homme de cinquante-sept ans, dont l'observation est rapportée par White Wood, avait reçu, vingt ans auparavant, un coup sur la tête. Deux années avant son admission à l'asile, sa mémoire commence à baisser, il devient irritable et présente des idées de persécution; l'examen du crâne fait découvrir une cicatrice avec dépression à la partie antérieure de la bosse pariétale droite à deux pouces de la ligne médiane. A ce niveau, il n'y a pas de paroi osseuse, et l'on sent les pulsations du cerveau à travers le cuir chevelu. Incision et dissection des lèvres de la plaie. Au niveau de l'orifice se trouve un kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon, adhérent à la substance cérébrale. Il est ouvert et drainé ; ses parois étaient minces, et l'on voyait au travers les circonvolutions. A la suite de l'opération, amélioration marquée ; les idées délirantes disparaissent et le malade peut vaquer à ses occupations pendant environ huit mois. Mais au cours d'une querelle, il reçoit un coup violent sur la tête, et les troubles mentaux réapparaissent. Il est admis de nouveau à l'asile et opéré le 9 novembre 1892. Le kyste était oblitéré et formait une masse fibreuse dense ; on le dissèque. Le malade qui avant l'opération avait besoin d'être continuellement surveillé et restait sombre lorsqu'il n'était pas violent, devint subitement raisonnable, gai et docile. Pas de changements depuis cette époque.

Le 27 décembre 1893, Duncan Greenlees, superintendant du Grahamstown Asylum, lisait, au *South African*

medical Congress, une observation de trépanatiou chez une épileptique aliénée. Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans, à hérédité morbide prononcée. En février 1892, elle s'était un jour baissée pour prendre un objet dans le dernier tiroir d'un buffet, et se releva brusquement, oubliant que le buffet était ouvert ; elle se heurta violemment la tête contre le bord aigu de la porte. Son père la trouva étendue sans connaissance. Elle se remit rapidement et reprit son existence habituelle. En septembre, accès épileptiques subits et violents. Peu de temps après apparaissent les troubles mentaux, qui se manifestent plus vivement à chaque époque menstruelle. Hallucinations. Elle se croit enceinte (célibataire). Céphalée violente. Entre à l'asile le 1er août 1893. Sur le côté droit de la tête, immédiatement au-dessus et un peu en avant de l'arcade temporo-frontale, gonflement localisé, sensible au toucher et douloureux à la pression. L'opération est faite le 22 octobre. Sous les téguments petits abcès froids. Large trépanation ; la dure-mère bombe à travers l'orifice. On la ponctionne à diverses reprises sans résultat ; elle est extrêmement épaissie. Les circonvolutions paraissent saines. Après l'opération, il ne se produit pas d'attaques pendant une semaine, puis elles reparaissent, bien que moins fréquentes et moins fortes. L'état mental, qui commençait déjà à s'améliorer avant l'intervention chirurgicale, devient rapidement normal. Bientôt la céphalée se manifeste de nouveau, extrêmement intense, avec exacerbations nocturnes. Il est à noter que, toutes les fois que la céphalée est particulièrement violente, ou qu'une crise épileptique est imminente, les téguments correspondant au point trépané bombent et sont tendus ; l'on y perçoit des battements ; au contraire, dans les moments de répit, le cuir chevelu est aplati sur l'orifice, et l'on sent à peine les pulsations cérébrales. L'épaississement de la dure-mère paraissant dû à la syphilis, on prescrit, en décembre, le traitement spécifique. Depuis cette époque jusqu'en février 1894, ni attaques, ni céphalée, ni troubles mentaux. L'opération, conclut le Dr Greenlees, n'a servi qu'à nous mettre sur la voie du diagnostic.

Une malade dont l'observation nous est rapportée par M. Apert, est conduite dans une maison de santé, en

proie à un accès d'excitation maniaque. On porte le diagnostic probable de paralysie générale au début. Au bout d'un mois, elle sort améliorée, et reste deux ans chez sa mère, de temps à autre, légers ictus congestifs. En novembre 1893, à la suite d'une vive émotion, elle perd connaissance et revient à elle aphasique et paralysée du côté droit. On la transporte à la Maison municipale de santé. Crises épileptiformes du côté droit, gâtisme, état comateux. On décide une intervention chirurgicale, et M. Prengrueber applique le trépan le 1er décembre; il ne rencontre rien d'anormal. Amélioration presque immédiate ; mais on constate toujours des troubles du langage, du tremblement de la langue et des lèvres, de l'inégalité pupillaire, de la faiblesse de la main droite, de l'exagération des réflexes. M. Apert conclut à une rémission due à l'opération. « Cela ne doit-il pas, ajoute-t-il, encourager les chirurgiens à persévérer dans leurs essais de traiter chirurgicalement les maladies de l'encéphale. Loin de nous l'idée de vouloir ériger la trépanation en traitement spécifique de la paralysie générale, non plus que la craniectomie en traitement nécessaire de l'idiotie. Mais de même que l'expérience a prouvé que, dans quelques cas d'idiotie, on a obtenu de bons effets de la craniectomie, de même notre fait prouve qu'en quelques cas particuliers, surtout quand il existe des symptômes en foyers, on pourra, en dernière ressource, tenter l'influence de la trépanation, avec quelque espoir d'en faire retirer profit au malade, ce qui est en somme le but de la chirurgie et de la médecine. »

An Congrès annuel de la *Medico-Psychological Association of Great Britain and Ireland* tenu à Dublin les 12, 13, 14 et 15 juin 1894, les Drs Claye Shaw, John Macphersou et John Keay ont présenté des communications sur la pression intracranienne et la trépanation dans les maladies mentales. Claye Shaw estime que la seule indication d'opérer, chez les paralytiques généraux, est la pression intracranienne. Elle offre les symptômes suivants : 1° la céphalée, lourde, pesante, avec sentiment de tension, face colorée et pouls rapide ; 2° dès que la rondelle osseuse est enlevée, l'orifice est comblé par une masse qui bombe au dehors et ne donne pas de pulsations ; les battements reparaissent après l'incision des méninges

et le drainage du liquide. — Le premier malade dont Claye Shaw relate l'histoire est un homme de trente-deux ans, entré à l'asile en avril 1892, et présentant les symptômes mentaux et les troubles moteurs caractéristiques de la paralysie générale. Dans les premiers mois de 1893, attaques épileptiformes portant tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre. M. Lockwood applique le trépan le 19 mars. Les attaques cessent, la céphalée disparaît et l'intelligence s'éclaircit. Puis, à mesure qu'une membrane fibreuse comble l'orifice, les troubles mentaux se reproduisent, mais les attaques ne reparaissent pas. Mort par cachexie. A l'autopsie on constate que la substance cérébrale adhérait à la membrane fibreuse, de façon à empêcher l'accumulation du liquide, et le Dr Claye Shaw fait remarquer que ce cas particulier semble fournir un argument contre la théorie qui consiste à laisser la plaie ouverte pour favoriser l'écoulement. — Le second malade est un homme de vingt-huit ans, entré à l'asile le 24 juin 1892. Céphalée intense et limitée. Impulsions à commettre des actes de violence, pas d'hallucinations. On parle d'un traumatisme ancien, mais il n'existe pas de dépression. Quelques convulsions se montrent environ deux mois après l'admission. M. Lockwood trépane, le 7 janvier 1894. Avant l'opération on n'avait guère songé à la pression intracranienne, car le pouls était calme, la température normale, le malade pâle et un peu anémié. Dès que le crâne est ouvert, le cerveau et les membranes viennent bomber à travers l'orifice ; pas de pulsations. La dure-mère incisée, il jaillit une grande quantité de liquide, et les battements réapparaissent. La céphalée cesse, mais les impulsions persistent. Le Dr Claye Slaw rapporte surtout cette observation pour démontrer que chez des mélancoliques, avec un pouls normal, il peut y avoir pression intracranienne.

John Macpherson avance que la paralysie générale n'est pas une entité morbide, mais une variété d'états pathologiques se manifestant par des symptômes plus ou moins semblables; ces états dépendraient de la pression intracranienne. Sept malades, dont cinq paralytiques généraux, ont été trépanés au Stirling Asylum. — Dans le premier cas, il s'agit d'une femme entrée le 12 juillet 1891 ; opérée le 2 octobre. Aucune amélioration ; mort

le 12 juillet 1892. — Le second sujet entré le 25 avril 1891, est trépané le 20 octobre. Amélioration physique, arrêt de l'irritation, persistance des troubles mentaux. — Le troisième malade, admis le 26 février 1891, est trépané le 14 novembre ; arrêt des progrès paralytiques ; amélioration des troubles nerveux et musculaires, persistance des phénomènes délirants ; périodes d'excitation. — Un quatrième entre à l'asile le 22 septembre 1891 et est opéré le 11 octobre. Arrêt momentané des symptômes morbides. Mort le 29 mai 1893. — Le cinquième paralytique général est admis le 27 juillet 1885 ; on l'opère le 23 janvier 1892. Amélioration physique ; courtes périodes d'excitation. — Les deux autres malades étaient atteints, l'un d'épilepsie jacksonnienne avec délire, l'autre de manie avec mouvements automatiques du bras droit. L'intervention chirurgicale avait pour but l'excision du centre cortical, cause des phénomènes morbides. Chez le premier les attaques cessent une quinzaine de jours après l'opération, les troubles mentaux disparaissent, et au bout de six mois il sort complètement guéri. Quant au maniaque, il ne se produit aucune amélioration au point de vue mental ; cinq jours après l'opération, paralysie motrice du bras droit. Mort le 3 janvier 1894, trois semaines après la trépanation.

Le Dr Macpherson admet que la pression intracranienne n'est pas toujours une pression liquide ; elle peut être associée aux conditions suivantes :

1° Pression liquide, soit séro-lymphatique, soit hémorragique.

2° Eréthisme cortical.

3° Epilepsies localisées.

4° Pression mécanique par tumeurs.

5° Causes encore inconnues.

John Keay relate l'histoire d'un persécuté, entré au Mavisbank Asylum le 5 octobre 1891. Il se plaignait de complots tramés contre lui, s'irritait et menaçait. En février 1894, l'appétit diminue et le malade maigrit, mais il refuse de se laisser examiner. Huit jours plus tard, on remarque qu'il place fréquemment la main sur la tempe droite, et on constate un léger écoulement purulent par l'oreille. Le 5 mars, état semi-comateux.

Le malade ne peut parler, et il lui est impossible d'avaler quoi que ce soit. Pupilles contractées, réagissant faiblement à la lumière. Ptosis à droite. La bouche est tirée légèrement du côté gauche ; bras et jambes fléchis ; cou rigide. Un peu de gonflement sur l'os mastoïde ; sensibilité à la pression. Chaque mouvement de la tête semble causer de la douleur. Le Dr Joseph Bell applique le trépan environ un demi-pouce en arrière du conduit auditif externe. A l'incision de la dure-mère, issue d'une petite quantité d'un liquide purulo-sanguinolent. Après l'opération, le malade peut parler et avale plus facilement ; ptosis moins marqué. Amélioration de l'état général. Puis les phénomènes morbides reparaissent, et la mort survient le sixième jour. A l'autopsie, adhérences de la dure-mère ; circonvolutions ramollies, principalement au lobe temporo-sphénoïdal gauche. Dans les ventricules, liquide semi purulent. Pas de thrombose des sinus. Pie-mère de la base très congestionnée et couverte de pus. Il s'agissait d'une lepto-méningite suppurée, ayant pour origine une lésion de l'oreille moyenne.

Tels sont, en résumé, les principaux travaux concernant la chirurgie cérébrale chez les aliénés. D'après ses partisans on peut toujours, dans les cas désespérés, tenter une opération qui, bien pratiquée, est absolument inoffensive. Les progrès de la chirurgie semblent justifier cette manière de voir, cependant l'innocuité n'est pas absolue. Ainsi Edwin Goodall a observé des troubles moteurs et sensitifs consécutifs à une trépanation ; un opéré de Coombs Knapp a présenté une anesthésie partielle du bras droit, avec perte des mouvements volontaires ; un malade de Burckhardt a été emporté, le quatrième jour, par des attaques convulsives. Mais négligeons ces quelques accidents, et admettons, avec M. Lucas-Championnière, que le danger ne provient pas de la trépanation, mais de la lésion. Il reste à savoir si l'opération présente quelque utilité. Dans le cas de traumatisme récent, avec délire consécutif, elle peut être indiquée, toutes circonstances dûment considérées et après mûres réflexions. La question de la pression intracranienne mérite aussi de fixer l'attention ; une opération préconisée par des hommes de haute valeur comme

Claye Shaw et Batty Tuke ne saurait être rejetée de prime abord et sans examen. Mais, en Angleterr même, l'accord est loin d'être fait. Percy Smith et George Revington pensent que les succès obtenus chez des paralytiques généraux peuvent être attribués à une rémission à laquelle l'intervention chirurgicale n'aurait eu aucune part. Pour Hack Tuke, deux questions sont à considérer : 1° l'opération est-elle justifiable ? 2° Peut-elle procurer un bénéfice quelconque ? Pour l'opération prise en elle-même, il n'y voit pas d'objection si elle est pratiquée par un homme capable ; mais les faits ne lui paraissent pas jusqu'ici bien encourageants. Charles Mercier, plus sceptique, déclare qu'autant vaudrait, pour modifier le rituel de l'Eglise, enlever quelques ardoises au faîte de l'édifice. Lloyd Andriezen ne croit pas qu'on puisse attribuer sûrement à la diminution de la pression intracranienne les rémissions apparentes consécutives à la trépanation ; le temps n'est pas encore venu de classer le trépan parmi les modes de traitement de la paralysie générale. George Robertson, sans repousser absolument et en toute circonstance l'intervention chirurgicale, constate que dans un grand nombre de cas elle n'est aucunement justifiée. Elle peut parfois être utile, remarque-t-il, mais nous sommes encore à la période empirique et expérimentale.

Quant au grattage des circonvolutions, à l'excision plus ou moins complète de telle ou telle partie de l'écorce cérébrale, cette pratique, bien que basée sur une théorie scientifique, celle des localisations, me paraît néanmoins inacceptable. Les progrès de la médecine ne nous permettent pas encore de préciser exactement le point malade, et, quand même nous en serions capables, aucun de nous n'est à l'abri d'une erreur.

On a remarqué que, si le traumatisme détermine la folie, il peut quelquefois la guérir. Un persécuté, observé par Talcott, reçut un jour d'un de ses compagnons un coup de barre de fer sur la tête. Au cours du pansement, quelqu'un lui dit que ce coup devait faire disparaître ses idées délirantes. « Peut-être bien, » répondit-il, et de cet instant survint une rapide amélioration. John Ewens a vu, chez un malade, disparaître les troubles mentaux à la suite d'une tentative de suicide avec bles-

sure à la tête. Des opérations sur diverses parties du corps ont pu également déterminer un résultat favorable. De là à prôner le traumatisme chirurgical comme moyen curatif de la folie, il n'y avait qu'un pas à faire, il fut vite franchi. Je signale simplement le fait, il ne mérite pas même la discussion.

En somme, la trépanation n'a pas encore droit de cité dans la thérapeutique des aliénations mentales. Il convient d'attendre, d'observer et de ne pas s'emballer.

BIBLIOGRAPHIE

American medical Times, 2 août 1862.

W.-B. Fletcher. — *American Journal of Insanity*, avril 1886, octobre 1887.

Macewen. — *Medical News*, août 1888.

Arthur Bonnie. — A case of trephining for cortical brain lesion giving rise to epileptiform seizure and paralysis, affecting mainly left face and left upper extremity. *British medical Journal*, 1888.

Selden H. Talcott. — Traumatic insanities and traumatic recoveries. *American Journal of Insanity*, juillet 1888.

Hay. — *American Lancet of Detroit.*

Harrison Cripps. — The surgical treatment of general paralysis. Lettre à l'éditeur du *British medical Journal*, 1889, vol. 2, p. 215.

Claye Shaw. — The surgical treatment of general paralysis. *British medical Journal*, 1889, vol. 2, p. 1090.

George Revington. — The surgical treatment of general paralysis of the insane. Lettre à l'éditeur du *British medical Journal*, 23 novembre 1889, vol. 2.

Batty Tuke. — The surgical treatment of intracranial fluid pressure. *British medical Journal*, vol. 1, p. 8.

Percy Smith. — The surgical treatment of general paralysis. *British medical Journal*, 1890, vol. 1, p. 11.

Claye Shaw et Harrison Cripps. — On the surgical treatment of general paralysis, with note of a case in which trephining was performed. *British medical Journal*, 1890, vol. 1.

George Revington. — The surgical treatment of general paralysis of the insane. Lettre à l'éditeur du *British medical Journal*, 1890, vol. 1, p. 748.

Charles G. Wagner. — A case of trephining for general paralysis. *American Journal of Insanity*, juillet 1890.

Burckhardt. — Rindenexcisionen als Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Psychosen. Bericht über den X international Congress in Berlin, August, 1890. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1890, Band 47.

Claye Shaw. — The surgical treatment of general paralysis. British medical Association, Bournemouth, 31 juillet 1891. *British medical Journal*, 1891, vol. 2, p. 581.

L. Bianchi. — Contribuzione alla terapia chirurgica delle malattie cerebrali. *Ann. di Neurologia*, 1891.

Giuseppe Seppilli. — La cura chirurgica delle mallatie mentali. *Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale*, 1891, p. 369.

Rey. — Opération du trépan dans un cas de paralysie générale. Congrès annuel des médecins aliénistes de France, Lyon, 1891. Association française pour l'avancement des sciences, XX^e^ session, Marseille, 1891.

Girard. — Tentative de suicide chez une épileptique. Trépanation. Guérison. Congrès français de chirurgie. Paris 1891.

Tellier. — Des suites éloignées des traumatismes du crâne et de leur traitement par la trépanation. J.-B. Baillière. Paris, 1891.

Philip Coombs Knapp. — A contribution brom frain surgory to the study of the localisations of the sensory centres in the cerebral cortex. Boston, 1892.

Victor Horsley. — Trephining. Dictionary of psychological Medicine, edited by Hack Tuke, 1892, vol. 2, p. 1824.

Batty Tuke. — — The surgical treatment of intracranial fluid pressure. *British medical Journal*, 1892, vol. 1, p. 105.

John Macpherson et David Wallace. — The surgical treatment of general paralysis of the insane. *British medical Journal*, 23 juillet 1892, vol. 2, p. 167.

Claye Shaw. — Surgery and insanity. *St. Bartholomew's Hospital Reports*, 1892, vol. 28.

Luigi Frigerio Piccola. — Le psicosi da causa traumatica. Brochure de la « Biblioteca della Rivista l'*Anomalo* », 1892.

Manoury et Camuset. — Epilepsie ancienne d'origine traumatique. Trépanation. *Archives de Neurologie*, 1892, vol. 24, p. 55.

Emory Lamphear. — What can be done in cerebral surgery? *American Journal of Insanity*, 1892.

Alder Blumer. — Surgical treatment of insanity. Ame-

rican medico-psychological Association, 3 mai 1892. *American Journal of Insanity*, octobre 1892.

Percy Wade. — A case of trephining for insanity. *Clinical Reports of the Maryland Hospital for the Insane*, 1892.

Roswell Park. — Clinical contribution to the subject of brain surgery. *Medical News*. Philad, 10 décembre 1892.

Louis-E. Ruiz. — Case of brain surgery, traduit par Mott, pour « *The Memphis medical Monthly* » de la « *Gaceta medica* » *de Mexico*.

M. Allen Starr. — *Brain surgery*. New-York, 1893.

Edwin Goodall. — Transient motor and sensory disturbances following upon trephining in a case of general paralysis of the insane. *British medical Journal*, 1893, vol. 2, p. 117.

— Trephining followed by drainage of the subarachnoïdal space in general paralysis of the insane. Annual meeting of the British medical Association. Newcastle, august 1893. *British medical Journal*, 1893, vol. 2, p. 462.

Herbert A. Powell. — The surgical aspect of traumatic insanity. Presented for the degree of Doctor of Medecine. Oxford. *Clarendon Press.*, 1893.

Duncan Greenlees. — Trephining for epilepsy. A clinical case. South African medical Congress, 27 décembre 1893. *Journal of mental Science*, 1894, p. 404.

White Wood. — Trephining for old depressed fracture, with delusions of persecution. *American Journal of the medical Sciences*, 1894.

Apert. — Epilepsie partielle avec paralysie et aphasie, guérie par simple trépanation. *Bulletin médical*, 18 mars 1894.

E. Régis. — Sur la trépanation dans les maladies mentales. *Bulletin médical*, 1er avril 1894.

Claye Shaw. — On brain pressure and trephining. Annual meeting of the medico-psychological Association of Great Britain and Ireland, Dublin, june 1894. *Journal of mental Science*, october 1894, p. 562.

John Macpherson. — On cerebral pressure. Annual meeting of the medico-psychological Association of Great Britain and Ireland, Dublin, june 1894. *Journal of mental Science*, october 1894, p. 571.

John Keay. — Trephining in meningitis, with notes of a case. Annual meeting of the medico-psychological Association of Great Britain and Ireland, Dublin, june 1894. *Journal of mental Science*, october 1894, p. 578.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1895

Présidence de M. MOREAU (de Tours).

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Pierre Janet, remerciant la Société de lui avoir accordé le titre de membre titulaire ;

2° Une lettre de M. Toulouse, sollicitant le titre de membre titulaire. — Commission : MM. Ballet, Falret et René Semelaigne, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Un ouvrage de M. Durand (de Gros), intitulé : le *Merveilleux scientifique.* — M. Pierre Janet est chargé de faire un rapport sur cet ouvrage.

2° Le numéro de février des *Annales de psychiatrie;*

3° La *Gazette du manicome de Macerata.*

M. le président annonce la mort de MM. Solaville et Bournet, membres correspondants de la Société.

Rapport de la Commission des finances.

M. Christian. — Messieurs, vous nous avez chargés, M. Falret et moi, de la vérification des comptes du trésorier pour l'année 1894, et vous avez bien pensé que cette vérification ne pouvait nous révéler qu'une situation fort satisfaisante. La Société médico-psychologique a eu la bonne fortune d'avoir, pendant de longues

années, comme trésorier, notre collègue M. Auguste Voisin, qui s'est appliqué à mettre nos finances dans l'état le plus prospère, et qui y a réussi. Notre nouveau trésorier, M. Jules Voisin, promet de suivre les mêmes errements : vous en jugerez par le bilan qu'il vous soumet :

	fr.	c.
Avoir. Au 31 décembre 1893, il restait en caisse	5.133	55
Bons du Trésor	1.537	50
Les recettes de l'année 1894 ont été de . . .	2.496	50
Total	9.167	55

Débit. Pendant cette même année 1894, les dépenses se sont élevées à fr. 4.156,45, savoir :

Dépenses diverses	1.608	05
Achat de valeurs.	2.548	40
Total.	4.156	45

Les dépenses diverses peuvent se diviser en dépenses ordinaires qui comprennent les frais généraux de loyer, d'appariteur, de correspondance, etc., et en dépenses extraordinaires qui, cette année, ont été assez élevées ; l'inauguration des bustes de nos maîtres Baillarger et Falret a entraîné une dépense de près de 500 francs, minime assurément pour la fête si bien réussie dont nous avons gardé le souvenir.

Il reste donc, au 31 décembre 1894, un excédent de 5.011 fr. 10, dans lequel sont compris, il est vrai, les comptes particuliers suivants :

	fr.	c.
Caisse Aubanel	1.794	45
— Belhomme	835	
— Moreau (de Tours).	175	
Total	2.804	45

De sorte que l'argent libre et disponible, sans affectation spéciale, est de 2.206 fr. 65.

Pour compléter cet examen de nos finances, nous

ajouterons qu'actuellement l'avoir de notre Société s'élève à 1.552 francs de rente, savoir :

800 fr.	Rente Aubanel,
300	— Belhomme,
100	— Moreau (de Tours),
261	Rente française 3 p. 100,
91	Rente de valeurs diverses destinées à être transformées en 3 p. 100.

Ce qui, au cours actuel de la Rente, représente un capital de plus de 50.000 francs.

Vous partagerez certainement, messieurs, la satisfaction que nous avons éprouvée en constatant cette prospérité. Nous vous proposons de ratifier les comptes du trésorier pour 1894 et de lui voter des remerciements.

Les conclusions de ce rapport, mises aux voix, sont adoptées.

Rapport de candidatures.

M. Sérieux. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Auguste Voisin, Joffroy et P. Sérieux, à l'effet d'examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire devenue vacante par suite du décès de notre regretté collègue M. Donnet. Les candidatures, au nombre de deux, sont, par ordre alphabétique, celles de MM. Blin et Roubinovitch.

Vous connaissez, messieurs, les titres et les travaux scientifiques de M. le Dr Blin. Vous les avez déjà appréciés et vous avez voulu les récompenser en décernant à leur auteur une mention honorable à l'occasion du concours pour le prix Esquirol (1888), et en le nommant, en 1891, membre correspondant. M. Blin a eu cette bonne fortune de n'aborder la clinique des maladies mentales qu'après avoir fait de solides études de neuropathologie dans le service du professeur Charcot. Les liens étroits qui unissent la pathologie mentale à la pathologie nerveuse proprement dite, les services réciproques que ces deux branches de la science médicale sont appelées à se rendre, font qu'on ne saurait mieux

se préparer à l'étude de l'aliénation mentale que par la connaissance approfondie de la neuropathologie.

M. Blin mit à profit son séjour à la Salpêtrière pour publier, en collaboration avec MM. Blocq et Damaye, deux intéressantes observations. Dans la première, (*Revue de Médecine*, 1887), il s'agit *d'un cas d'athétose double*. Les faits de ce genre sont loin d'être communs. M. Blin insiste sur certaines particularités, telles que les contorsions athétosiques de la langue, l'hypertrophie de cet organe, les contractures généralisées prédominantes aux membres inférieurs, l'exagération des réflexes tendineux, les déformations articulaires ressemblant à celles du rhumatisme noueux. L'auteur rattache le fait observé par lui à une sclérose encéphalique de l'enfance.

Un second travail a pour titre : *Des troubles nerveux consécutifs aux fractures de la tête du péroné* (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1888). M. Blin étudie un cas, rarement observé, de paralysie traumatique des extenseurs de la jambe, provoquée par une blessure du sciatique poplité externe au niveau du col de la tête du péroné. Aux troubles moteurs, s'ajoutaient des troubles de la sensibilité, sous forme d'une zone d'anesthésie reproduisant la distribution cutanée du nerf tibial antérieur.

Enfin, M. Blin a publié, en collaboration avec MM. H. Colin et J. B. Charcot (1887-1889), ces belles *Leçons du mardi*, faites à la Salpêtrière par le professeur Charcot, qui sont aujourd'hui entre toutes les mains.

Reçu interne des asiles d'aliénés de la Seine en 1888, M. Blin se consacra avec non moins d'ardeur à l'étude des maladies mentales. Parmi les manifestations délirantes variées qu'on observe chez les aliénés, il en est peu qui aient autant d'importance que les idées de persécution. Examiner les aspects différents sous lesquels se présentent ces conceptions délirantes, étudier les formes nosologiques dans lesquelles celles-ci prédominent, tracer leur évolution si variable, c'était là une tâche vaste, délicate aussi. M. Blin, dans sa thèse inaugurale (*Sur l'idée de persécution dans la mélancolie et le délire des persécutions*), a su mener cette œuvre à bonne fin. L'auteur étudie les périodes de début et d'état ainsi que l'évolution de l'idée de persécution dans la dégéné-

rescence mentale, le délire chronique et la mélancolie. Il en montre l'apparition brusque chez le dégénéré, progressive chez le persécuté chronique. Chez le mélancolique, l'idée délirante se grefferait souvent sur l'état vésanique antérieur à la faveur de l'obnubilation générale des facultés et de la perte du contrôle psychique.

A la période d'état, les idées de persécution se caractérisent chez le dégéréné par leur inconstance, leur variabilité ; chez le délirant chronique, par leur permanence, leur précision, la logique avec laquelle elles s'enchaînent, le luxe de leurs détails, — chez le mélancolique par l'auto-accusation, par la simplicité des conceptions délirantes, bien différente du roman complexe élaboré par le persécuté.

Pour ce qui est des modes d'évolution de l'idée de persécution, la description qu'en donne l'auteur vient corroborer les opinions émises sur cette question par divers membres de la Société, et met en lumière certains points nouveaux. En somme, la thèse de M. Blin n'est pas seulement un recueil d'un grand nombre d'observations personnelles consciencieusement prises ; elle renferme aussi des vues originales ; l'auteur a su y faire preuve de réelles qualités cliniques.

En 1890, un concours est ouvert pour les places de médecin des asiles d'aliénés. M. Blin y prend part : reçu premier, il est nommé médecin-adjoint à l'asile d'Évreux. Depuis plus de trois ans, M. Blin est médecin des asiles de la Seine et chargé du service de la Colonie à l'asile de Vaucluse. Son activité, messieurs, est loin de s'être ralentie ; vous connaissez sa collaboration assidue aux *Archives de Neurologie* et à la *Revue Neurologique*. Récemment enfin, M. Blin a donné dans le *Manuel de Médecine* de MM. Debove et Achard un volumineux article sur l'*Anatomie médicale de l'encéphale* : cette question importante y est exposée d'une façon à la fois très claire et très complète.

Les titres de M. le Dr Roubinovitch ne méritent pas moins d'attirer l'attention de la Société. Ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, chef de clinique des maladies mentales, membre correspondant de la Société depuis 1892, M. Roubinovitch s'est fait connaître depuis plusieurs années par nombre de travaux qui témoignent

d'une louable activité scientifique et aussi d'un sens clinique très exercé.

Parmi ces mémoires, nous citerons une communication à la Société anatomique sur *Une anomalie musculaire chez l'homme : Muscle présternal* (*Prog. médic.*, 1889); un article sur l'*Influence des grands traumatismes sur le délire* : *Phlegmon sous-aponévrotique du bras chez une maniaque* (*Annal. médico-psychol*, 1887) ; d'intéressantes observations de thérapeutique ; telles que *l'Onanisme et la suggestion hypnotique* (*Revue de l'hypnotisme*, 1889) ; — *Dégénérescence mentale et suggestion hypnotique* (ibid.) — *Du sulfonal chez les aliénés* (*Progrès médical*, 1890). Les questions d'assistance des aliénés ont aussi attiré M. Roubinovitch qui a fait au Congrès des médecins aliénistes de Saint-Pétersbourg une communication sur le *Patronage des aliénés guéris et sortis des asiles* (1887), et qui a publié dans le *Progrès Médical* (1889) un article sur l'*Assistance publique en Russie*.

Nous devons encore à M. Roubinovitch d'avoir été mis au courant d'un grand nombre de travaux publiés en langue russe et analysés par lui dans le *Progrès médical* et les *Archives de Neurologie*. D'autre part M. Roubinovitch faisait connaître en Russie l'*Organisation de l'Assistance publique* et de l'*Enseignement médical en France* (*Revue médicale de Moscou* et *Gazette médicale de Saint-Pétersbourg*.

Nous avons hâte, messieurs, d'arriver à l'examen de la thèse inaugurale de M. Roubinovitch : vous en avez déjà reconnu la valeur en lui décernant une mention honorable (Prix Moreau (de Tours) 1892). Sous le titre *Hystérie mâle et dégénérescence*, (1890), l'auteur a apporté un remarquable faisceau de documents à l'étude d'une question sur laquelle M. G. Ballet venait, peu de temps auparavant, d'attirer l'attention. Dans ce travail, couronné par la Faculté, M. Roubinovitch cherche à démontrer que, chez l'homme, l'hystérie coïncide assez fréquemment avec les stigmates physiques et psychiques de la dégénérescence. L'auteur se demande si le fait d'être un dégénéré, ne constitue pas une condition favorable à l'éclosion de manifestations hystériques. Les dégénérés pourraient, sous l'influence d'un trauma-

tisme, d'une émotion, d'excès alcooliques ou autres, présenter non seulement des impulsions, des obsessions, mais encore des accidents hystériques. L'auteur fait, dans les tableaux souvent complexes qu'offre la clinique, le départ de ce qui revient à l'hystérie et de ce qui relève de la dégénérescence mentale. Le résumé trop bref que nous venons de donner de ce travail suffit cependant pour en laisser entrevoir tout l'intérêt.

Dans ces dernières années, M. Roubinovitch a donné lecture à la Société d'un certain nombre d'observations où se manifestent les qualités d'un esprit aussi érudit que sagace. Vous n'avez pas oublié, messieurs, nous en sommes persuadés, ces communications ; elles ont d'ailleurs toutes donné lieu à d'instructives discussions. Aussi ne les rappellerons-nous qu'en quelques mots. Dans une première observation : *Contribution à l'étude clinique des hallucinations verbales psycho-motrices* (1892), M. Roubinovitch nous a rapporté l'histoire d'une dégénérée, à niveau mental faible, qui, après avoir présenté quelques troubles délirants fugaces, fut prise d'un accès mélancolique, suivi lui-même d'un délire de persécution. Cette dernière psychose aboutit à des idées de grandeur, en même temps qu'apparaissaient des hallucinations psycho-motrices et un dédoublement de la personnalité. Cette observation constitue une contribution importante à l'histoire des hallucinations motrices verbales aussi bien qu'à celle des variétés du délire de persécution.

Une autre communication de M. Roubinovitch a pour titre : *Sur un cas de maladie des tics convulsifs avec mouvements par obsessions* (1892). Il s'agit d'une femme qui, en outre de secousses coordonnées inconscientes, présente des mouvements d'une autre nature provoqués par des idées obsédantes, telles que des tendances à se cogner ou à cogner les objets environnants, à tirailler les étoffes.

M. Roubinovitch a étudié de près un cas de délire de persécution dans une communication intitulée : *Alcoolisme et délire de persécution avec auto-accusation* (1894). Il montre que le délire de persécution avec auto-accusation peut se rencontrer dans l'alcoolisme subaigu ou chronique, mais qu'il doit alors au terrain sur lequel il

évolue, certains caractères particuliers, tels que la multiplicité des hallucinations, une marche et une terminaison spéciales. Toutes ces observations ne se recommandent pas seulement par la précision avec laquelle sont décrits les symptômes, mais encore par la façon dont ceux-ci sont commentés et interprétés.

L'œuvre de votre Commission, messieurs, a été des plus faciles tant qu'il ne s'est agi que d'exposer les titres et le bagage scientifique très dignes de considération des candidats. Mais où sa tâche lui devient malaisée, c'est lorsqu'il lui faut se prononcer entre les candidatures de deux confrères également distingués, tous deux membres correspondants de la Société, et se recommandant tous deux par de sérieuses qualités de travailleurs et de cliniciens. Il nous eût été agréable, en présence d'aussi précieux collaborateurs, de pouvoir leur offrir, à l'un et à l'autre, une place parmi nous. Aussi votre Commission aurait-elle eu, messieurs, quelque peine à se prononcer d'une façon catégorique, si elle n'avait pensé devoir tenir compte d'une considération qui n'est point négligeable. M. Roubinovitch a déjà sollicité vos suffrages et, en cette occasion, la Société a témoigné de l'intérêt qu'elle portait à sa candidature. Il nous a semblé qu'il y avait là une promesse pour l'avenir qui ne pouvait être oubliée. D'autre part, M. Blin se présentait aujourd'hui pour la première fois. Votre Commission a cru devoir, en conséquence, classer les candidats à la place vacante de membre titulaire dans l'ordre suivant :

En première ligne : M. Roubinovitch.
En seconde ligne : M. Blin.

Le scrutin donne les résultats suivants :

Votants	27	
MM. Blin.	18	voix.
Roubinovitch	8	—
Bulletin blanc.	1	—

M. Blin est proclamé membre titulaire de la Société.

Sur la sortie des aliénés dangereux ordonnée par autorité de justice.

M. LEGRAIN. — Messieurs, j'ai le désir, à mon tour, de vous faire connaître un fait personnel du même ordre que ceux dont je vous ai donné lecture, et je vous demanderai la permission d'ajouter à la suite quelques réflexions générales sur l'intervention de la magistrature dans le placement des aliénés.

L..., âgé de cinquante-huit ans, est séquestré d'office le 17 février 1893.

Le certificat du Dépôt est ainsi conçu :

Certificat de M. Garnier. — Excitation cérébrale paraissant en rapport avec une lésion organique du cerveau. Excès alcooliques de longue date. Idées de grandeur. Exagération de la personnalité. Alors que sa situation, compromise par des extravagances, est aujourd'hui précaire, il s'imagine avoir gagné 800,000 francs récemment. Il raconte qu'il traite les affaires les plus considérables, etc. Ecrits incohérents avec menaces de mort envers sa femme. Léger embarras de la parole. Arrestation pour filouterie (non-lieu).

Les certificats immédiats et de quinzaine sont les suivants :

Certificat immédiat. 17 février. — L... est atteint d'exaltation cérébrale, avec projets grandioses, inconsidérés. Contradictions fréquentes qu'il n'aperçoit pas; légère confusion dans les idées, signe probable d'un affaiblissement des facultés. Syphilis ancienne. Très légère inégalité pupillaire. Pas d'embarras de la parole.

Certificat de quinzaine. 4 mars. — Exaltation cérébrale en voie de décroissance. Exagération de la personnalité, lésions du sens moral, sans délire organisé. Désordre dans les pensées et dans les actes. L'inégalité pupillaire a disparu. Pas d'embarras de la parole. Manie raisonnante probable ou stade d'exaltation de la folie intermittente. A maintenir et à observer en l'absence de tous renseignements.

Les renseignements que j'ai recueillis par la suite, avec le plus grand soin, comme en prévision des divers incidents qui devaient accompagner la mise en liberté du malade, établissent nettement le diagnostic que j'avais soupçonné. Il existait chez L... un fond manifeste de déséquilibre naturel. Episodiquement des excès alcooliques longtemps répétés avaient achevé de détruire la faible harmonie des facultés. Enfin des signes de sy-

philis ancienne avaient fait croire à une lésion organique, dont l'existence n'est d'ailleurs pas improbable.

Pour plus de précision, voici en quelques mots l'histoire longue et très mouvementée de L..., comme le sont celles de tous les maniaques raisonnants, qui sont toujours plus ou moins persécutés, et persécuteurs suivant les occasions. Il est fils d'un père qualifié de cerveau brûlé, enclin à un mysticisme absurde. Vers la fin de sa vie, il fut pris de délire religieux, auquel se joignirent des idées mélancoliques et des idées de persécution. Il s'ouvrit la gorge avec un rasoir.

Le frère de L... jouit d'un équilibre moral des plus douteux. Moins actif et moins exubérant que L... parce qu'il est moins intelligent, il présente les mêmes difformités morales que ce dernier.

Jusque vers 1878, L... n'a présenté d'autre trouble qu'une activité cérébrale, exubérante, visiblement maladive. Toujours en mouvement, brassant les affaires sans ordre ni suite, changeant de direction selon le vent, voyageant tantôt au nord, tantôt au midi, faisant malgré tout de fort belles affaires qui l'enrichissent, donnant les preuves d'une belle intelligence, quoique mal équilibré, mais ayant toujours une tendance singulière à duper les gens. Excès alcooliques intermittents. Syphilis à vingt-deux ans.

A partir de 1878, les troubles mentaux prennent un caractère de morbidité beaucoup plus manifeste. Il est tout d'abord en proie à un grand affaissement moral, sorte d'épuisement cérébral qui nécessite la vie à la campagne et la cessation de tout travail.

En 1881, même état à la suite de déceptions d'affaires ; il a même quelques idées de suicide. La conduite irrégulière de ses affaires avait compromis sa situation de fortune. A partir de cette époque, on peut dire qu'il ne se ressaisit plus ; l'équilibre est désormais rompu ; sa position va périeliter de plus en plus. Des périodes de dépression profonde alternent avec des périodes d'exaltation cérébrale intense.

En 1889, la fièvre des affaires, des abus d'absinthe provoquent une nouvelle crise. En proie à une vive excitation génésique, il quitte sa femme, prend une maîtresse avec laquelle il fait des dépenses énormes, de beaucoup supérieures à ses moyens. Cette période d'excitation est bientôt suivie d'un état dépressif beaucoup plus grave que les précédents. Il tombe dans un état voisin de la stupeur ; toute activité cérébrale a cessé ; il est pris de scrupules, s'accable de reproches ; idées de ruine, désespoir, gâtisme.

Au bout d'un an de cet état, il reprend sa vie de déséquilibré, brasse de nouvelles affaires, gaspille son argent, se brouille

sans motif, avec les uns ou les autres, boit et fume exagérément ; il est pris en quelque sorte d'un besoin impulsif d'excès de toutes sortes.

Vers le milieu de 1892, la situation se complique de plus en plus. Toute conscience a disparu ; le sens moral déjà très émoussé s'affaisse, il fait des affaires véreuses, use de procédés déshonnêtes pour se procurer de l'argent, commet toutes sortes d'extravagances, fait des quantités d'achats inconsidérés. De nombreuses plaintes sont déposées contre lui au Parquet à propos de trafics frauduleux. Les poursuites sont heureusement conjurées en raison de la situation honorable de sa famille. Il maltraite les siens qu'il a réduits à la misère, s'enfuit et se fait arrêter à Paris pour délit de grivellerie. Il est en proie, à ce moment, à un accès de délire décrit succinctement dans les certificats que j'ai rapportés.

Quelques semaines après son entrée, L... n'est plus excité : la bouffée délirante proprement dite s'est effritée et le malade se révèle avec l'état typique du raisonnant absolument privé de sens moral. Il commence à récriminer vivement contre sa séquestration, contre le traquenard que sa femme, son frère et ses connaissances qu'il invective de la belle façon lui ont tendu de concert avec la police. Il parle de son déshonneur, de sa ruine que ces forbans, ces scélérats ont consommée et qu'il saura leur faire payer cher. Suivant la coutume, il rédige du matin au soir, des requêtes, des plaintes aux personnages les plus en vue, il ne fait que noircir du papier. De retour sur lui-même, de remords, il n'est pas question. Il écrit à sa femme et à son frère des lettres de menaces où ses sentiments acrimonieux et vindicatifs se font jour, il a tout un vocabulaire de douceurs choisies à leur adresse, leur impute la responsabilité de toutes les sottises dont il est lui-même l'auteur, menace de procès interminables tous les gens auxquels il en veut, il est en un mot, devenu persécuteur et processif. Il prend à témoin sa propre fille, âgée de vingt ans, des fautes supposées de sa mère. Ses écrits, ai-je besoin de le dire, sont empreints de la prolixité usitée en pareil cas. Tout cela est fait avec le plus grand sang-froid, bien fait pour en imposer aux gens non prévenus. Ce détail n'est pas sans importance.

Enfin le 14 mars 1893, il adresse au Parquet une requête tendant à sa mise en liberté. Il y est naturellement parlé des Bastilles modernes, des lettres de cachet et autres clichés bien connus.

L'envoi de cette lettre a pour effet d'entraîner une véritable sédation dans l'état du malade, tellement qu'il semble revenu à de meilleurs sentiments. A ce moment, je n'étais pas encore en possession des renseignements précis qui m'ont permis tout

à l'heure de reconstituer le *curriculum vitæ* du malade, et je pensais, en raison de l'accalmie, que nous avions assisté à un accès simple de délire. Mais il n'y avait là qu'une feinte de la part du malade, ainsi que je ne tardai pas à le constater.

Toutefois, c'est dans cette période de calme que L... fut visité par un membre du Tribunal.

Le 10 mars, un examen rapide de quelques minutes fut complètement suffisant pour convaincre l'honorable magistrat que L... n'était pas aliéné.

Le 3 mai, le Tribunal me demande un certificat de situation. L'observation était dès lors complète, ma conviction était entière, et je crus bon, vu le cas délicat, d'éclairer le Tribunal, non plus par un simple certificat, mais par une sorte de rapport dont la teneur suit :

Certificat de situation, du 3 mai. — L... est un dégénéré dont l'état mental se traduit par des troubles profonds de l'affectivité et du sens moral, par une activité exubérante, désordonnée et délirante, qui n'est que l'expression d'une exagération très grande de la personnalité, ayant abouti, même momentanément, au délire ambitieux. Cet état d'esprit, qui est un fond de nature, enlève au malade toute appréciation exacte des choses et vicie sa conduite; l'inconscience est le stigmate même de la morbidité de cet état mental. Les malades de cette catégorie sont aujourd'hui classés sans conteste parmi les maniaques raisonnants. La vie publique leur est longtemps possible, jusqu'au jour où quelque incident fait chavirer leur équilibre instable. Assez souvent ce sont des excès de boisson et c'est le cas de L... qui, jusqu'en 1889, n'a mené qu'une existence qualifiée d'orageuse et d'excentrique. Depuis cette date, et pour la cause accessoire précitée, la vie de L... s'est profondément modifiée.

Il s'est livré à toutes sortes d'actions bizarres, insensées, compromettant sa sécurité personnelle et la situation matérielle des siens, ruinant les affaires les mieux combinées et les plus fructueuses, faisant des dépenses dépassant de beaucoup ses moyens et recourant ensuite à des subterfuges déshonorants pour combler ses pertes, frisant à plusieurs reprises la correctionnelle ou les assises auxquelles il n'échappait que grâce à l'indulgence du Parquet, basée sur son déséquilibre mental, menant une vie de libertinage étalée aux yeux de tous, réduisant finalement les siens à un état voisin de la misère.

Tous ces faits sont établis par des documents que j'ai eus sous les yeux et ma conviction est désormais faite. Malgré les apparences du plus grand calme, L... est toujours dans le même état d'esprit; il juge les choses et ses actions de la façon la plus inexacte; sa correspondance est empreinte des sentiments les

plus venimeux à l'égard des siens. Dans ces conditions, j'estime qu'il y aurait danger à l'élargir.

En réponse à ce rapport, sans autre forme de procès, à sept jours de date, le Tribunal rendit un jugement dont voici un extrait :

Jugement du 10 mai.

Le Tribunal,

Vu l'interrogatoire du sieur L...,

Attendu qu'il résulte dudit interrogatoire et des pièces produites que si l'internement de L... a pu être justifié à un moment donné par l'état de surexcitation dans lequel se trouvait ce dernier, cet état d'esprit s'est amendé progressivement, qu'il *paraît certain* aujourd'hui que L... n'est dangereux ni pour la sécurité publique ni pour lui-même.

Par ces motifs,

Ordonne la mise en liberté de L... et le condamne aux dépens dont distraction est accordée au profit de l'administration des domaines.

Je n'ai pas le droit, cela s'entend, de critiquer le jugement d'un Tribunal, qui, d'après la loi, a qualité pour juger un aliéné en dernier ressort et de mettre en liberté un malade, en basant son jugement, comme il l'a fait ici, sur de simples apparences ; mais, en raison de la gravité du cas, et tout en respectant la chose jugée, il est bien permis de regretter que le Tribunal n'ait pas cru opportun, puisqu'il ne s'en rapportait pas à mon expérience, de provoquer tout au moins une contre-expertise, au lieu de se contenter d'opposer une fin de non-recevoir à mon rapport, qui, lui, était basé sur une scrupuleuse observation de plusieurs mois.

Il aurait certainement appris de ce contre-expert que L... appartenait, malgré les apparences, à la catégorie la plus redoutable des aliénés et que, dans la pratique, le médecin n'élargit de tels malades qu'après s'être entouré des plus minutieuses garanties ; car, le lendemain, dans ces sortes d'élargissements, est pétri d'imprévus et le médecin qui, lui, est responsable de ses actes, a le désir bien légitime de couvrir sa responsabilité. Connaissant par le menu la vie de L..., mis à même d'apprécier ses pensées intimes et ses tendances maladives, il eût pu calculer les conséquences possibles de la mise en liberté d'un homme qui, ayant réduit à la plus extrême misère une famille, jadis dans l'opulence, n'avait pour elle que des sentiments venimeux, l'accablant de menaces, qui sont, on le sait, trop souvent suivies d'effet ; il aurait vu le désarroi matériel et moral qui allait être la fatale suite de son retour au milieu des siens ; il aurait connu les actes malhonnêtes qu'il avait commis, et l'imminence des poursuites judiciaires auxquelles il venait à peine d'échapper et

dont le retour était possible. Convaincu alors que, si la justice doit protection à l'aliéné séquestré, elle n'en doit pas moins à la famille et à la société, le Tribunal eût, c'est probable, approuvé les conclusions de ce contre-expert tendant à un sursis d'élargissement.

Rentré chez lui, L... est tombé au bout de peu de temps, c'est fort heureux, dans un état dépressif assez marqué. Cet acte a empêché les actes dangereux qui étaient à redouter. Mais, à cette phase dépressive, a succédé une nouvelle période d'activité qui se manifeste par des accès de colère où il lui arrive de tirer son coutcau et d'en menacer les siens. Il est devenu inapte à tout travail et traîne une existence de désœuvré, à charge aux siens. Les médecins dont il est entouré, craignant une offensive que tout fait présager, ne cessent de réclamer de nouveau l'internement du malade. Lui-même, dans les courts éclairs de lucidité dont il jouit çà et là, sent qu'il fait courir un danger à son entourage; il ne cache pas qu'il regrette amèrement d'avoir réclamé sa sortie de Ville-Evrard où il sent très bien qu'il était protégé contre ses impulsions maladives. Depuis quelques mois je suis sans nouvelles de lui.

Telle est l'histoire instructive, à mon sens, de cet aliéné raisonnant, histoire qui appelle une nouvelle fois l'attention sur les droits et les devoirs, en pareille matière, du magistrat et du médecin.

La magistrature ne saurait voir, dans la relation de ces faits, une tendance militante du corps médical, ni une agression contre des institutions qui méritent le plus grand respect. Ces incidents ne peuvent avoir pour résultat que de fixer, plus vivement encore qu'on ne l'a fait jusqu'ici, l'attention du Parlement qui sera *appelé* un jour à réformer la loi de 1838, sur l'exercice de la fonction judiciaire dans ses rapports avec les individus atteints de folie. Très éclairé par ces faits regrettables, quoique légitimes puisque la loi les autorise d'ores et déjà, le Parlement aura à cœur de délimiter les fonctions de chacun d'une façon rigoureuse, en s'inspirant des divers principes, qui consacrent d'une part le droit de l'aliéné à être protégé quand il est séquestré, d'autre part celui qu'a la société d'être protégée contre l'aliéné reconnu dangereux par le médecin, le seul compétent. Dans l'intérêt de tous, il aura le devoir de faire cesser des conflits dont le médecin consciencieux souffre le premier dans sa dignité professionnelle, mais dont le méde-

cin n'a pas seul à souffrir, puisque la personnalité d'un malade intéressant et d'une société non moins intéressante sont en jeu.

Il y aurait beaucoup à dire encore sur ces matières. Il y aurait surtout à insister d'une part sur les droits que tout aliéné a d'être traité dans un asile où il peut seul trouver un soulagement à son état et, d'autre part, sur le devoir qui incombe à la société de faciliter un pareil traitement.

Or, il est manifeste que les magistrats ne sont pas tous pénétrés de cette double idée.

Perdant de vue, et pour cause, puisqu'ils ne sont pas médecins, que l'aliéné est un malade ; ignorant même que cette conception de la folie-maladie est une des plus belles conquêtes de la science moderne, celle qui sera à tout jamais l'orgueil de notre spécialité, les magistrats ont une tendance très visible, d'ailleurs très naturelle puisqu'elle est un stigmate professionnel, à ne voir dans l'aliéné qu'une unité qui disparaît de la circulation souvent contre son gré, qui, par suite, a besoin de protection. Lorsqu'à une requête qu'il reçoit d'un aliéné aux fins d'être libéré, il répond par une demande de certificat de situation, il ne se préoccupe ordinairement que d'une chose qu'il souligne dans sa demande, c'est à savoir si le malade est dangereux pour la sécurité publique. C'est la seule chose qui l'intéresse et il est prêt à élargir d'un trait de plume tout aliéné qui n'offre pas un danger. L'aliéné, le malade, cède le pas, dans son esprit, à l'homme enchaîné.

L'attitude de certains magistrats peu éclairés vis-à-vis des médecins d'asile n'a pas d'autre cause que cette espèce de suspicion, de répulsion à l'endroit d'un fonctionnaire qui ne lui apparaît que comme un instrument dangereux, peut-être parce qu'il est fonctionnaire.

Que sera-ce pour l'aliéné le jour où, de par la loi, les tribunaux auront qualité pour régler les placements et où, passés grands maîtres en psychiatrie, ils auront la libre faculté, ce qui peut être monstrueux, de se passer, même de l'avis d'un homme de l'art, pour ordonner soit une séquestration, soit un élargissement ? On assure l'arbitraire de notre régime actuel, mais que sera-ce donc alors? L'arbitraire, si tant est qu'il existe, peut aujour-

d'hui se justifier tout au moins, grâce à la compétence indiscutable du spécialiste. Il en irait tout autrement dans le cas du magistrat. Pourquoi le médecin ne continuerait-il pas à juger en dernier ressort ? et quel avantage peut-il y avoir à lui substituer un homme de loi ? Le magistrat n'est qu'un homme après tout, quoi qu'on en pense et bien qu'il représente un principe inviolable, censé infaillible. Je ne sache pas que le fait d'être revêtu d'une toge communique d'emblée aux facultés une compétence spéciale en toutes matières, ou une perspicacité particulière. Dès lors quelle garantie supérieure à celle du médecin, offre-t-il à l'exigence irraisonnée du public ?

Mais c'est trop dire encore que le médecin juge en dernier ressort puisqu'au-dessus de lui règne une administration. C'est vrai, répondra-t-on ; mais l'administration c'est quelque chose de vague, d'impersonnel, c'est une série de bureaux qui ne font qu'enregistrer, donner une valeur exécutive à la signature du médecin qui, en définitive, reste l'âme de l'affaire.

Pense-t-on qu'il en ira différemment le jour où les magistrats auront pris en main la direction des affaires des aliénés ? Le jour où, terrifiés par leur responsabilité morale, qui leur sera tout à coup apparue, ils comprendront qu'ils n'ont rien de mieux à faire que d'homologuer la décision proposée par le médecin ? Ce jour-là ils fonctionneront comme de simples bureaucrates et y perdront de leur prestige. Qu'y gagnera le public ? On lui aura fait gober une nouvelle illusion ; car, en réalité, il n'y aura rien de changé, si ce n'est qu'une administration irresponsable aura remplacé une autre administration qui elle, ayant encore une certaine dose de responsabilité, avait au moins intérêt à établir parmi les médecins auxquels elle se confie presque les yeux fermés, une sélection profitable à tous, ce dont l'administration nouvelle n'aura cure.

Ils sont nombreux, on le voit, les inconvénients de l'immixtion de la magistrature dans les affaires de placement des aliénés. Cette immixtion est à rejeter en principe au nom même des intérêts des malades, comme elle est à repousser avec son caractère arbitraire, lorsqu'il s'agit de la sortie, dans les faits du genre de ceux qui ont été rapportés ici.

Faudrait-il, comme certains le désirent, accepter l'expérience et consentir à laisser la magistrature s'introniser légalement dans les affaires qui logiquement sont du ressort médical? Le faut-il, rien que pour démontrer, à l'instar des leçons de choses, que le passé valait mieux ; rien que pour faire cesser le discrédit qui pèse sur nous et dont vont hériter les magistrats? Rien que pour laisser le pouvoir judiciaire s'embourber dans un dédale de situations inextricables où la compétence exclusive du médecin finira par éclater lamentablement? Je ne le crois pas. Car le nouveau système ferait trop de victimes dont nous n'avons pas le droit de nous désintéresser parce que nous en sommes les défenseurs naturels.

Les communications du genre de celles qui vous ont été présentées dans les deux dernières séances ont donc une importance considérable, et je crois que nous devons en provoquer d'autres de la part de tous nos confrères des asiles. De même que les faits produits par MM. Magnan, Garnier et Monod dans d'autres assemblées, ont montré l'incompétence du pouvoir judiciaire en matière de placement, puisque les condamnations d'aliénés avérés se chiffrent maintenant par centaines, de même les faits produits ici doivent démontrer cette même incompétence quand il s'agit des sorties. En instruisant par l'exemple le pouvoir législatif, nous remplissons le double devoir qui nous incombe, celui de protéger l'aliéné contre lui-même, et celui de protéger la société contre l'aliéné dangereux.

M. Briand. — Je regrette que M. Legrain n'ait pas tracé le tableau d'un interrogatoire d'aliénés par les magistrats.

M. Arnaud. — Nous avons à nous défendre d'un soupçon injuste. Il s'agit, dans le cas actuel, de malades que le médecin déclare non guéris, tandis que le magistrat affirme qu'ils n'ont jamais été aliénés.

M. Legrain. — Je propose :

1° D'adresser une circulaire à tous les médecins aliénistes de France ;

2° De faire un tirage à part de tous les faits semblables portés à la tribune de la Société et de les envoyer aux législateurs, sans conclusions.

M. JOFFROY. — Il se passe des faits tenant aux usages actuels, qui sont scandaleux, nous sommes tous d'accord à ce sujet. Que fera-t-on dans la nouvelle loi pour y remédier? cela ne nous regarde pas. Mais ce qui nous regarde, c'est de fournir scientifiquement des documents. Nombre d'individus, arrêtés et condamnés, sont des aliénés. On pourrait, en portant ces faits à la connaissance publique, éviter une flétrissure à plus d'une famille.

M. CHARPENTIER. — Sans l'importance et la gravité de la proposition de M. Legrain, j'étais décidé à ne parler sur cette question, à propos de laquelle je ne partage pas les mêmes opinions que celles qui ont été émises, que lorsque se seraient déroulées devant vous un nombre suffisant d'observations de l'intérêt de celles que nous venons d'écouter. Mais comme cette proposition implique l'adhésion immédiate de la Société médico-psychologique tout entière aux idées qui ont inspiré son auteur, je demanderai à dire quelques mots sur la manière dont j'apprécie l'intervention de la magistrature dans ces questions de sortie des asiles.

Je conçois très bien une partie du résultat de la proposition de M. Legrain, qui réunira un nombre assez grand de documents prouvant que des magistrats ont eu tort de prononcer l'élargissement de certains aliénés en dépit de l'opinion contraire du médecin traitant; mais il y a un autre résultat possible à prévoir. C'est la production d'un certain nombre d'observations d'aliénés sortis dans les mêmes conditions, ayant éprouvé tous les bénéfices de cette liberté et rentrés depuis dans le domaine de la vie régulière.

Ce travail ne peut être valable que s'il est complet dans les deux sens, et ce n'est pas notre Société qui peut le faire, car, en général, nous ne savons même pas ce que deviennent nos aliénés ordinaires quand nous les mettons de nous-mêmes en liberté ; nous ne savons pas s'ils meurent rapidement ou s'ils mènent une vie régulière, s'ils sont placés dans un autre asile, ou s'ils sont atteints par les lois en raison de délits.

Un tel travail ne pourrait être fait que dans les préfectures ou au ministère de l'Intérieur; mais, comme ces administrations n'ont pas dû être sollicitées en ce sens,

je doute fort qu'elles puissent en réunir les matériaux.

J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt les observations qui viennent de nous être lues, je les ai écoutées peut-être partialement, c'est-à-dire en médecin aliéniste, et à ce propos je me demande si le public, je veux dire le public éclairé, éprouverait à leur lecture la même impression que la mienne ou que les nôtres; car il ne faut pas oublier que le point de vue sous lequel nous jugeons les troubles intellectuels et les délits n'est pas toujours le même que celui du public et surtout des législateurs. Nous nous sommes habitués à considérer l'intelligence comme liée à l'état cérébral, les troubles intellectuels comme relevant des troubles anatomiques ou physiologiques du cerveau ; il n'en est pas de même des magistrats qui, respectueux du Code et par suite de la liberté de l'esprit, c'est-à-dire de la responsabilité, sont par conséquent appréciateurs de l'état intellectuel des individus qui leur sont soumis ou réclament leurs offices, en tant que le médecin aliéniste n'établit pas d'une façon péremptoire l'état pathologique du cerveau. Un aliéniste peut apprécier si un individu est fou ou ne l'est pas ; le magistrat peut apprécier si le même individu est intelligent ou ne l'est pas ; il peut même apprécier si un individu, quoique aliéné, jouit d'une somme de raison suffisante pour vivre sans danger en dehors d'un lieu de séquestration. Et c'est là qu'est le conflit inévitable entre magistrats et aliénistes. Ce conflit n'existerait pas si notre science, ce qu'elle n'a pas encore fait, pouvait démontrer que l'intelligence, la conduite, le caractère, la morale, la sensibilité, la vertu et les vices sont les tributaires de l'état cérébral. En ce cas, la responsabilité morale de la personne n'existerait plus et le conflit ne pourrait même plus apparaître. Mais le conflit existe et la démonstration n'existe pas.

Je vois d'un autre côté un avantage dans l'intervention de la magistrature, c'est qu'elle nous allège du fardeau si pénible que nous inspire le sentiment de notre responsabilité dans ces questions toujours délicates de mise en liberté. De plus, il ne faut pas oublier que si la loi accorde ce privilège au magistrat, c'est aussi par un sentiment de défiance vis-à-vis de l'autorité

si grande de l'aliéniste dans ces questions de mise en liberté. Et qui sait si notre révolte contre cet esprit de défiance, bien que cette révolte soit légitime, ne sera pas interprétée par le public dans un sens capable de nous être défavorable.

Enfin, je suppose accumulées en nombre suffisant les observations sollicitées par la Société médico-psychologique, celle-ci ne va-t-elle pas se porter garante de l'exactitude des détails qui y seront contenus? C'est pour ma part une responsabilité que je désire éviter.

Telles sont les raisons, que je ne veux pas multiplier, qui m'ont décidé à prendre immédiatement la parole, désireux que je suis de voir notre Société bien réfléchir avant de se rendre aux désirs de M. Legrain, tels qu'il vient de nous les exprimer.

M. Briand. — Je demande que la question reste à l'ordre du jour.

M. Toulouse. — L'opinion publique, qui considère l'aliéniste comme un expert, ne peut comprendre qu'il réclame des pouvoirs autres que ceux généralement confiés aux experts.

M. Ritti. — Dans le cas présent, nous sommes médecins traitants et non experts. Ce sont nos malades que l'on met en liberté malgré nous.

M. Briand. — C'est nous, médecins traitants, qui réclamons des experts.

La séance est levée à six heures moins vingt.

René Semelaigne.

SÉANCE DU 25 MARS 1895.

Présidence de M. MOREAU (de Tours)

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Mort de MM. Calmeil et Hack Tuke.

M. le Président annonce la mort de M. Calmeil, membre honoraire, et de M. D. Hack Tuke, membre associé étranger de la Société.

M. le Secrétaire général donne lecture du discours qu'il a prononcé aux funérailles de M. Calmeil (V. aux *Variétés*, p. 488).

Correspondance et présentations d'ouvrages

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Blin, remerciant la Société de l'avoir élu membre titulaire.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Leçons de physiologie cellulaire* et *La médecine indigène à Cuba*, par Antonio de Gordo y de Acosta ;

2° Etudes de la physionomie chez l'aliéné, par le Dr Luigi Mougère.

3° *Annales de pychiatrie et d'hypnologie*, numéro de mars.

4° *Gazette du mamicome de Macerata.*

M. Augnste Voisin présente un mémoire de M. Masoin père sur l'*assistance des épileptiques*, et un autre de M. Masoin fils, intitnlé : *Etude des perversions sexuelles chez les dégénérés.*

Rapports de candidatures.

M. René Semelaigne. — Messieurs, vous avez, le 25 février, désigné MM. Ballet, Falret et René Semelaigne pour examiner les titres des candidats à la place vacante de membre titulaire. Ces candidats sont au nombre de deux, MM. Roubinovitch et Toulouse. Vous les connaissez de longue date, vous savez quelle est leur valeur, et nul parmi vous n'ignore leurs travaux scientifiques. Je me propose donc d'être bref. Quel meilleur service, du reste, peut-on rendre à un candidat que de ne point fatiguer par un long dithyrambe ceux de qui dépend son élection?

M. Roubinovitch ayant antérieurement sollicité vos suffrages, ses titres vous ont déjà été exposés en détail, et, à la dernière séance, M. Sérieux les a résumés en un rapport lumineux et concis. Je me bornerai à vous rappeler que M. Roubinovitch, ancien interne des asiles de la Seine, est actuellement chef de clinique des mala-

dies mentales; que sa thèse de doctorat, intitulée « Hystérie mâle et dégénérescence », lui a mérité une mention honorable de notre Société, et une médaille de bronze de la Faculté de Paris; qu'il est l'auteur de nombreux articles et brochures; que, sans cesse et partout sur la brèche, s'intéressant à toutes les questions qui concernent notre spécialité, suivant avec ardeur les discussions soulevées aux Sociétés savantes, aux congrès de médecine, faisant des conférences, il s'efforce, par la plume et par la parole, d'asseoir sa réputation scientifique au clair soleil de la renommée.

Si M. Roubinovitch nous vient du Nord, son concurrent, M. Toulouse, est un enfant du Midi. Interne des hôpitaux de Marseille en 1886, des asiles de la Seine en 1889, il était, deux ans plus tard, classé le premier au concours des médecins-adjoints de la région de Paris. Envoyé d'abord à Saint-Yon, il en revint l'an dernier, pour exercer, à l'asile Sainte-Anne, les fonctions de médecin responsable du service de la clinique des maladies mentales. Sa thèse, intitulée « Etude clinique sur la mélancolie chez la femme », tend à prouver que la sénilité ne marche pas toujours parallèlement avec l'âge, et que les délires mélancoliques qu'elle provoque présentent, notamment chez la femme, des symptômes pseudo-démentiels. M. Toulouse a fait paraître de nombreux articles et revues dans la *Gazette des Hôpitaux*, la *Tribune médicale,* les *Archives de neurologie*, le *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*. Je ne puis entrer dans le détail de tous ses travaux, car un résumé, même succinct, exigerait des pages nombreuses, et je ne veux pas abuser de votre patience. Je me bornerai donc à vous en signaler quelques-uns, par exemple une intéressante observation de convulsions infantiles provoquées par l'alcoolisme de la nourrice ; une classification des hallucinations unilatérales, dont un certain nombre auraient pour origine une lésion cérébrale ; une énumération des mesures prophylactiques à prendre contre l'extension de la morphinomanie ; une revue sur les rapports du goitre exophtalmique et de l'aliénation mentale; des études sur le choléra chez les aliénés, sur l'inversion sexuelle, sur le délire des négations, sur l'hypnotisme et la suggestion, sur les délires liés aux

maladies fébriles et infectieuses, sur la paralysie générale juvénile (et à ce propos M. Toulouse signale la fréquence de l'alcoolisme parmi les ascendants), sur la psychose puerpérale, sur l'hérédité morbide. Un fort volume, intitulé : *Les Causes de la folie*, est en ce moment sous presse.

Pour terminer l'exposé des titres de M. Toulouse, je vous rappellerai qu'il a été nommé membre correspondant de la Société médico-psychologique, avec M. Roubinovitch, le 27 juin 1892. Enfin, en 1893, la Société de médecine mentale de Belgique l'accueillait en qualité de membre honoraire.

Maintenant, Messieurs, il faut conclure, et, pour un rapporteur, c'est souvent l'instant difficile. Lorsque deux candidats se disputent un prix et que le jury est hésitant, il fait un partage équitable, et chacun se retire plus ou moins satisfait. Mais il n'en est pas de même dans une élection ; la place vacante est une et indivisible ; force nous est donc d'immoler une victime.

Votre Commission, se plaçant uniquement au point de vue des titres et travaux scientifiques des deux candidats, serait disposée à les présenter *ex æquo*. Mais M. Toulouse pose sa première candidature, tandis que M. Roubinovitch sollicite vos suffrages pour la quatrième fois ; il est impossible de ne pas lui en tenir compte.

Les résultats du scrutin sont :

Votants	28
M. Roubinovitch	18 voix.
M. Toulouse	8 —
Bulletins blancs	2 —

M. Roubinovitch, ayant obtenu la majorité des votants, est proclamé membre titulaire.

M. Bouchereau. — Messieurs, je viens au nom d'une Commission composée de MM. Magnan, Ritti et Boucherean, vous présenter un rapport sur la candidature de M. le professeur Edward Cowles au titre de membre associé étranger de notre Société ; c'est pour me conformer à nos statuts que je dois rappeler devant vous quelques-uns des titres qui recommandent M. Cowles à vos suffrages. Il jouit d'une grande estime parmi ses confrères, et il occupe une place considérable dans son

pays. M. Cowles est né dans le Vermont, dont la population se fait remarquer par sa vigueur physique, son développement intellectuel, sa culture morale, et l'énergie de sa volonté; aussi les Etats-Unis doivent beaucoup aux gens du Vermont, hommes et femmes.

Après des études préliminaires aux collèges de Peacham, de Darmouth et à l'Université du même nom, il est allé se perfectionner aux Collèges des médecins et chirurgiens de New-York, où il obtint de nouveaux titres universitaires. Médeciu-docteur, il avait commencé à s'occuper de notre specialité « at the retreat for insane » de Hartford, Conuecticut, quaud la guerre de Sécession l'a amené à prendre du service comme médecin daus l'armée régulière; il a servi en cette qualité aux batailles d'Harrisburg, de Gettysburg, aux combats livrés sur les bords de Potomac, et aux grandes campagues de Grant. Une pneumouie grave, contractée dans les tranchées, l'a éloigné un instant du service actif, qu'il reprend anssitôt que ses forces le lui permettent ; on l'envoie combattre une épidémie de choléra à la Nouvelle-Orléans, parmi les soldats de Mac-Parkin, faisant partie du corps d'armée de Shéridan ; au choléra vient s'ajouter la fièvre jaune qu'il contracte lui-même à Fort-Browm, Texas. Ses neuf années de service médical militaire out été bien remplies, comme on le voit ; il avait payé de sa personne de toutes façons. Le jour où la grande armée, levée pour combattre la Séccssion, est devenue inutile, M. Cowles, comme tant de ses compatriotes, reprend ses occupations de médecin civil, ne conservant que des titres militaires honorifiques devenus inutiles. En Europe, on u'est pas habitué à supporter avec une bonne humeur aussi égale des brusques changements de fortune et de position ; les Américains nous donnent, sur ce point, des exemples que dans l'intérêt de notre organisation sociale nous devrions imiter.

En 1872, M. Cowles est élu superintendant et médecin résidant « of the Boston city hospital », fonctions qu'il remplit durant six ans; alors il est mis à la tête du « Mac-Lean asylum for insane», le grand établissement d'aliénés de Boston-Somerville, où toutes ses facultés devaient trouver à s'exercer de la manière la plus brillante.

Pour lui témoigner leur reconnaissance, ses confrères le nomment « President of the American psychological association », qui comprend plus de 300 membres, tous médecins aliénistes appartenant à 41 Etats de la grande République et au Dominion Canadien, « professor of mental diseases of Darmouth, medical college, Mass; clinical instructor in mental diseases, Harvard, medical school Mass; membre of the board of trustees of Clarck University, Worcester, Mass; trustee of Mary Hitchcok memorial hospital, Hanover, N. H.; yellow by courtesy of the university John. Hopkins, Baltimore ».

Tous ces titres, et d'autres que je passe, M. Cowles les doit à son mérite, reconnu par ses confrères, les meilleurs juges dans l'appréciation de la valeur des services rendus : il occupe une haute situation aux Etats-Unis.

M. Cowles a embrassé la médecine mentale dans ses diverses branches. Pour ceux d'entre vous qui désireraient plus particulièrement le connaître, je ferai mention de quelques-uns de ses écrits : la neurasthénie et ses symptômes intellectuels ; les symptômes intellectuels que provoque parfois la fatigue ; la persistance de certaines idées fixes ; ses études sur la psychologie physiologique sont tout à fait remarquables et très appréciées.

A Chicago, devant le Congrès d'assistance, il a tracé un tableau aussi brillant qu'exact des progrès réalisés dans le traitement et la guérison des maladies mentales durant la seconde moitié du XIX^e^ siècle ; cette communication pourrait facilement constituer un chapitre d'une histoire complète de notre science ; il y aurait témérité à moi de prétendre vous faire connaître en quelques mots combien les écrits de M. Cowles méritent d'attirer votre attention ; je me suis seulement proposé de vous inspirer le désir de faire connaissance avec lui. Il a concentré son savoir et le fruit de son expérience dans une œuvre de prédilection qui devrait un jour porter son nom : je veux dire la construction et l'organisation du nouveau Mac-Lean hospital, situé à Waverley, à quelques milles de Boston, Mass.

Cet asile diffère complètement des établissements consacrés habituellement aux aliénés dans le but de remplir un service public ; il réalise dans ses diverses

parties des progrès tout à fait remarquables ; il est constitué par des pavillons isolés avec un style particulier, chacun d'eux ayant été bâti par un architecte différent, qui en a modifié l'aspect suivant son goût ; des communications sont établies entre les diverses parties par le sous-sol, de manière à tout dissimuler à la vue ; aussi le transport des aliments et le service intérieur de l'asile s'opèrent rapidement sans que rien ne se traduise à l'extérieur ; les malades se trouvent groupés dans des bâtiments, qui offrent l'aspect de résidences luxueuses occupées par des hôtes paraissant avoir une habitation particulière personnelle sans aucune relation obligée avec leurs voisins.

L'aménagement a reçu tous les perfectionnements habituels aux demeures américaines : la ventilation est très bien assurée ; l'air pur, l'air contaminé ont une canalisation séparée ; l'éclairage, le chauffage sont parfaits et peuvent être réglés, modifiés avec une facilité étonnante. Un procédé ingénieux laisse le seul surveillant chef maître de l'ouverture et de la fermeture des portes qui s'opèrent automatiquement. Pour la réception des malades, leurs relations avec leurs familles, M. Cowles a imaginé des dispositions nouvelles qui permettent de ménager beaucoup de susceptibilités ; les pensionnaires et leurs parents se trouvent facilement réunis ou séparés ; pour arriver à ce résultat on n'a recours à aucune contrainte, à aucune discussion. Les indications formulées par le médecin sont écoutées et suivies aisément ; il n'y a pas besoin de se déplacer par suite d'un aménagement ingénieux.

Le nouveau Mac-Lean hospital, comme Hopkins hospital de Baltimore, est un des plus beaux établissements hospitaliers existants de notre époque ; les Américains ont le droit d'en être fiers et ils peuvent les montrer avec confiance aux visiteurs d'Europe qui trouveront là beaucoup de choses à imiter.

M. Cowles a donné à son œuvre la meilleure part de son existence ; son asile est le produit de son expérience, la conséération de son talent. M. Cowles a la satisfaction de le voir achevé, fonctionnant sous son habile direction.

Nous, ses confrères de tous pays, nous devons lui ap-

porter nos sincères félicitations, il a travaillé au perfectionnement d'une des branches de la médecine que nous cultivons avec dévouement. C'est donc avec confiance que je viens solliciter pour lui le titre de membre associé de notre Société.

C'est le plus grand témoignage d'estime que nous puissions lui donner, et il nous en sera reconnaissant ; il en est digne par ses travaux, par son mérite, par son caractère. Je suis heureux d'avoir eu l'occasion de le connaître et de remplir auprès de vous la mission si agréable de rappeler quelques-uns de services signalés rendus à notre spécialité par M. le professeur Cowles.

Sur les conclusions de ce rapport, M. le professeur Cowles est, à l'unanimité, nommé membre associé étranger.

Rapport sur « Le merveilleux scientifique » de M. Durand (de Gros).

M. Pierre Janet. — Messieurs, dans la dernière réunion de la Société médico-psychologique, vous m'avez chargé de vous rendre compte d'un ouvrage sur « le merveilleux scientifique », qui vous avait été adressé par un de nos collègues, M. Durand (de Gros), membre honoraire de la Société. J'ai accepté volontiers cette tâche, car je m'intéresse vivement aux travaux de ces anciens adeptes du magnétisme animal ; mais je dois vous dire que l'exposé de ce livre est difficile et même assez délicat. Le travail est difficile, car l'auteur aborde dans cet ouvrage beaucoup de sujets au moins périlleux, et délicat parce que ce livre renferme un grand nombre de réclamations et de protestations d'un caractère très personnel. Je désire cependant vous signaler, non pas toutes les études, mais au moins quelques-unes des études intéressantes que contient ce livre, en insistant : 1° sur les recherches historiques ; 2° sur les théories métaphysiques. Je voudrais aussi, si cela est possible, satisfaire l'auteur et lui montrer tout le respect que médecins et psychologues d'aujourd'hui nous professons toujours pour ceux qui ont été nos ancêtres et qui ont

commencé au milieu de tant d'épreuves les premières recherches de psychologie, expérimentale (1).

1° Les études historiques sur les débuts du magnétisme animal sont pour moi la partie du livre de beaucoup la plus intéressante. M. Durand exagère un peu quand il déclare les psychologues d'aujourd'hui tout à fait ignorants de l'histoire et décidés à ne tenir aucun compte de précurseurs méprisés. Si nous ne les connaissons pas mieux, c'est qu'il n'est pas toujours facile d'étudier et même de lire de pareils ouvrages. Si les académies n'ont pas toujours rendu justice aux magnétiseurs et aux spirites, ne croyez pas que les académies aient été seules coupables. On ne saurait se figurer de quelle invraisemblable manière ces ouvrages sont écrits. Une bonne moitié de chacun de ces livres est toujours remplie par de misérables querelles ; les auteurs s'insultent réciproquement, insultent leurs juges, réclament pour leurs prétendues découvertes, se croient toujours attaqués et méprisés, tandis qu'en réalité, ils méprisent eux-mêmes tout le monde. Cette première partie dépassée, on entre dans des théories de métaphysique fantastique, sur les monades, les âmes, les fluides, etc., rêveries sans valeur et d'une désespérante banalité. Eh bien, il faut avoir le courage d'examiner ces œuvres singulières, car au milieu de ces divagations on trouvera toujours des observations justes et précieuses, des idées intéressantes, et nous devons savoir gré à M. Durand des renseignements qu'il nous apporte sur quelques-uns de ces auteurs.

La première de ces études porte sur Braid, et je suis tout à fait de l'avis de M. Durand quand il nous montre que l'on a singulièrement exagéré le rôle de cet observateur. Grâce à M. Durand, on peut se rendre un compte exact des idées de Braid et de la façon dont il a peu à peu accepté comme à regret la théorie de la suggestion telle que nous l'entendons aujourd'hui.

M. Durand étudie ensuite l'abbé Faria et nous donne

(1) J'ai déjà, à plusieurs reprises, exprimé ce sentiment. *Automatisme psychologique*, 1889, 141, 376. *Revue philosophique*, 1892, I, 413.

quelques renseignements sur ce curieux personnage; puis il consacre une longue étude à deux auteurs américains John Bovee Dods et Grimes (1848, 1850) auxquels il rapporte « tout ce qui constitue le bagage de notre suggestionnisme contemporain comme procédés, observations et expérimentations ». Après avoir signalé un peu rapidement peut-être l'œuvre si intéressante de Bertrand, il arrive au général Noizet. Je suis particulièremeut heureux des remarques qu'il fait sur l'œuvre de Noizet dont je crois le rôle très considérable. Dans la seconde édition de mon travail sur l'automatisme psychologique, j'exprimais le regret de n'avoir pu insister davantage sur cette curieuse figure. L'étude de M. Durand comble heureusement cette lacune.

En lisant cet intéressant exposé historique, je ne puis m'empêcher d'éprouver un regret que M. Durand me permettra, je l'espère, d'exprimer en peu de mots. Sans doute M. Durand ne prétend pas être complet, mais il semble laisser entendre à ses lecteurs que les plus belles recherches de psychologie expérimentale sur le somnambulisme et la suggestion ont été faites uniquement par ces quatre personnages : Faria, Dods, Grimes, Noizet, après lesquels viendrait l'œuvre propre de M. Duraud connu à cette époque, 1855-1860, sous le pseudonyme de Dr Philips. M. Durand, j'en suis sûr, serait mécontent que l'on comprît les choses de cette manière.

Peu nous importent les théories que les auteurs ont soutenues, il ne faut les juger que sur leurs observations et sur la classification qu'ils donnent des faits. A ce point de vue, pourquoi paraître mettre à part les vieux magnétiseurs, disciples de Mesmer et de Puységur ? Leurs observations sont tout aussi intéressantes, sinon plus, que celles des partisans de la suggestiou. Deleuze qui, en 1819, décrivait fort bien des suggestions à échéance, De Lausanne (1819), De la Tour (1826), Dupan (1836), Pigeaire (1839), La Fontaine, Aubin Gauthier, Pétetin, Teste, Baragnon, Charpignon, Dupotet, de 1820 à 1850, et bien d'autres, voilà des noms qu'il ne faut pas oublier. Je demauderais aussi une petite place pour les spirites, non pas précisément pour le théoricien Alleu Kardec, le moins intéressant de tous, mais pour ceux qui ont expérimenté sur les tables tournan-

tes quelle que fût leur opinion, De Mirville, Chaicneau, Gasparin, Chevillard, etc., etc. Deux auteurs surtout avaient autrefois attiré mon attention, et je prends la liberté de les signaler à la sympathie de M. Durand. Il s'agit du Dr Despine (d'Aix) (1844) et du Dr Périer de Caen (1850). Ce sont des médecins et des observateurs très curieux qui ont bien vu beaucoup de phénomènes importants, qui ont bien étudié le somnambulisme et les névroses. Il serait injuste de les oublier et de ne citer que Dods et Grimes avant l'œuvre du général Noizet et du Dr Philips. J'avais tenté autrefois de faire un travail sur quelques-uns de ces auteurs, en particulier sur Périer et la Société magnétique de Caen, mais c'est un travail bien long et bien difficile, et puis pourrais-je arriver à satisfaire les magnétiseurs?

Si je n'ai pas accompli cette œuvre que je rêvais, au moins ai-je essayé de rendre justice à ces vieux auteurs et de rapporter à chacun d'eux les descriptions qu'il avait faites le premier avec précision et sans trop de théories nuageuses. M. Durand ne me paraît pas absolument juste, quand il déclare qu'aucun effort n'a été tenté dans ce sens.

2° Dans les autres parties de son livre, M. Durand aborde des études d'un tout autre caractère, il nous rappelle les théories de philosophie générale qu'il a exposées autrefois en 1855. Ces théories sont très nombreuses; elles portent sur les questions les plus diverses, sur Dieu, sur les miracles, sur la matière, sur les conceptions religieuses, etc. Je ne puis, messieurs, vous exposer ici tous ces systèmes philosophiques, je ne ferai que signaler trois points principaux, la théorie du fluide bio-magnétique, la théorie de la concentration nerveuse, et la théorie du polyzoïsme.

M. Durand admet que tous les corps de la nature ont un rayonnement d'une nature particulière qu'il appelle force ou fluide bio-magnétique. Ce fluide serait indispensable pour expliquer la télépathie, l'action des médicaments à distance, le soulèvement des objets sans contact, la lévitation, etc., faits qui sont, paraît-il, entrés, depuis quelque temps, dans le domaine des sciences positives.

A propos de ces théories et d'un grand nombre

d'autres semblables, je suis bien embarrassé ; faut-il me borner à une simple exposition et adresser à l'auteur des compliments vagues en disant qu'il est « un systématisateur puissant et hardi », ou faut-il exprimer sincèrement mon opinion personnelle ? Je suis convaincu que M. Durand sera plus satisfait si je me résous à dire les choses comme je les pense. A mon avis, il est déplorable de mélanger ainsi les faits reconnus exacts avec les faits inconnus, de fonder des théories imaginaires sur des faits que l'on n'a pas observés soi-même et dont la réalité même est des plus contestables. Comment M. Durand veut-il que l'on étudie les faits précis de suggestion qu'il décrit, quand à côté il parlera de la *bilocation des corps*, « de ces spectres pérégrinateurs qui me font l'effet, dit-il, d'emmener avec eux le centre psychique, l'esprit, le moi et de ne laisser au logis qu'un amas d'organes temporairement vides de pensées et de vie » ? Mais, dira-t-on, ces faits sont à l'étude ; des sociétés savantes ont admis la discussion des cas de télépathie. Cela signifie que l'on doit étudier des faits de ce genre, si on les a sous les yeux. Mais quand les observateurs sérieux en parlent avec la plus grande réserve, il est inadmissible que sans les avoir constatés ou invente de vagues hypothèses pour les expliquer. Cette précipitation malheureuse ne peut que détourner les savants de cette étude et diminuer la confiance que l'on commençait à avoir dans l'esprit d'observation des magnétiseurs et des spirites.

J'ai hâte de vous signaler des études plus intéressantes, à mon avis, ce sont les théories de M. Durand sur le phénomène de la suggestion. La suggestion, comme tous les phénomènes psychologiques, peut être étudiée à deux points de vue différents. On l'envisagera au point de vue psychologique, en décrivant les faits psychologiques qui l'accompagnent, la précèdent, la suivent, qui varient avec elle ; c'est une méthode délicate sans doute, mais qui a l'avantage de nous faire constater des faits réels. On peut étudier le fait au point de vue anatomique et physiologique en recherchant les phénomènes physiologiques qui l'accompagnent dans le cerveau ; c'est une méthode excellente quand il s'agit des grosses lésions faciles à observer après la mort, mais

elle me paraît difficile à appliquer à la suggestion.

M. Durand décrit cependant d'une manière fort curieuse les modifications cérébrales qui doivent, selon lui, préparer et accompagner la suggestion, et je regrette de ne pouvoir insister sur les idées qu'il émet, sur l'épuisement nerveux, la congestion nerveuse, les ruptures d'équilibre dans les forces nerveuses. Souhaitons seulement que ces hypothèses se démontrent un jour un peu plus.

Enfin M. Durand nous rappelle qu'il a fait connaître en 1855 une théorie métaphysique sur la constitution de l'homme. Cette théorie consiste à expliquer nos actes, non par une âme unique, comme faisait le spiritualisme, mais par un grand nombre d'âmes distinctes et superposées. C'est là, dira-t-on, l'ancienne conception des monades de Leibnitz; oui, mais M. Durand mélange cette théorie avec des notions anatomiques, et localise ces différentes âmes dont les différents centres nerveux de l'encéphale, du bulbe, de la moelle épinière. En un mot, c'est une forme intéressante des anciens systèmes polyzoïstes. Un historien de la philosophie devrait rechercher en quoi la conception de M. Durand diffère des nombreuses théories polyzoïstes qui ont été exprimées dans l'antiquité et dans les temps modernes; il devrait la comparer aux systèmes de Schopenhauer, de Hartmann, de Lotze, de Lewes, etc. C'est une étude dans laquelle nous ne pouvons entrer.

M. Durand se sert ingénieusement de son système métaphysique, non seulement pour expliquer l'instinct, l'habitude, la mémoire, comme faisaient Schopenhauer et Hartmann, mais aussi pour expliquer certains détails de la suggestion. Les suggestions à longue échéance, en apparence oubliées par le sujet, seraient conservées par une de ces âmes secondaires. L'hypothèse est intéressante, et si des idées de ce genre avaient été souvent exprimées à propos des phénomènes spiritiques, elles ont été proposées plus rarement à propos de la suggestion. Je signalerai cependant à M. Durand les extraits d'une brochure de 1855 dont je n'ai pu découvrir l'auteur et que j'ai reproduits tout au long dans mon travail sur l'automatisme, p. 377; ils expriment des idées analogues. Il n'en est pas moins exact que

M. Durand a proposé, dès 1855, une métaphysique curieuse de la suggestion.

A ce propos, M. Durand soulève une question délicate dont je crois devoir vous dire quelques mots. M. Durand a été frappé d'une ressemblance entre certaines théories de la *désagrégation psychologique*, proposées depuis quelques années par MM. Richet, Gurney, Myers, Paulhan et par moi-même, et ses anciennes conceptions polyzoïstes. Il affirme un peu trop précipitamment, croyons-nous, que tous ces auteurs lui ont emprunté leurs conceptions principales. La question de fait ne me paraît pas difficile à résoudre. Pour moi, quoiqu'il soit toujours difficile d'iudiquer l'origine de ses propres idées, je crois que en dehors de mes recherches expérimentales prolongées depuis longtemps, de mes conversations avec MM. Richet et Myers, les auteurs qui ont le plus influé sur ma pensée sont, comme je l'ai dit souvent, Maine de Biran et Moreau (de Tours) à qui j'ai emprunté les expressions de désagrégation de l'esprit et d'automatisme psychologique. Il m'est plus difficile de parler pour les autres; mais je crois bien que ni M. Gurney, ni M. Myers, ni M. Paulhan ne connaissent les œuvres de M. Durand ; je crois qu'ils ont été inspirés comme moi par les études des psychologues et des aliénistes qui depuis longtemps attirent l'attention sur les personnalités alternantes.

Mais il u'eu reste pas moins une question de droit intéressante : ces théories psychologiques se sont-elles rencontrées exactement avec d'anciennes idées soutenues par M. Durand? En un mot, pour généraliser la questi on, faut-il rattacher les études actuelles sur la désagrégation de l'esprit aux antiques conceptions des métaphysiciens, sur le polyzoïsme. Beaucoup de psychologues répondraient nettement non : la psychologie actuelle étudie des faits et les lois de ces faits ; elle décrit des troubles de la volonté et de l'attention, des oublis, des altérations de l'*idée de la personnalité*, tels que l'on peut les constater chez des malades, et ne parle jamais de l'âme ni des âmes. Cela est juste, et cependant je soutiens qu'il ne faut pas trop se laisser tromper par les erreurs de langage ; le mot d'âme est évidemment prétentieux et semble fournir une explication qu'il ne donne pas ;

mais souvent, sous ce mot, se cachent de justes observations morales que les auteurs auraient dû exprimer avec plus de simplicité. Les polyzoïstes ont eu la conception que l'homme est complexe dans son esprit comme dans son corps, qu'il est une synthèse, et en ce sens ils ont, eux aussi, préparé la psychologie contemporaine. De même que nous examinions les recherches des magnétiseurs malgré leurs fluides, nous estimons qu'il faut tenir grand compte des polyzoïstes malgré leurs âmes.

Aussi, je m'associe sur ce point aux protestations de M. Durand ; j'ai essayé, brièvement puisque je ne traitais pas cette partie de l'histoire de la métaphysique, mais à plusieurs reprises, de rappeler les travaux de ces intéressants philosophes et j'ai insisté en particulier sur les recherches de M. Durand. Ainsi j'ai montré qu'il avait été l'un des premiers à décrire les paralysies systématiques déterminées par suggestion, que l'on décrivait à tort comme une découverte récente (1). Malheureusement, je n'avais pu lire qu'un seul de ses livres, et fatigué de mes lectures d'ouvrages magnétiques et spirites sur les fluides et sur les âmes, je n'avais pas abordé la lecture de ses autres ouvrages. Si l'occasion se présente, je serai heureux de rappeler les faits qu'il a observés le premier, comme je l'ai fait pour Despine d'Aix, pour Périer et pour beaucoup d'autres. Ce sera le meilleur moyen de témoigner à un vétéran du magnétisme notre respect et notre sympathie.

Il nous reste à terminer par un souhait, M. Durand nous dit qu'il se décide à rentrer dans la lice et à soutenir encore le bon combat. Tant mieux ; si M. Durand (de Gros) pouvait s'apercevoir maintenant que les spéculations métaphysiques tombent presque toujours dans la banalité et qu'elles sont en réalité trop faciles à faire, s'il pouvait nous donner simplement le résultat de sa longue expérience et quelques extraits de ses innombrables observations, il rendrait un grand service à la science qu'il aime, et jouirait du triomphe de la cause pour laquelle il a si longtemps combattu.

M. Rist. — La lecture du rapport de M. Janet me rap-

1. *Automatisme psychologique*, p. 355.

pelle le parti qu'on peut quelquefois tirer des médiums. J'ai eu l'occasion de soigner daus sa dernière maladie un médinm célèbre, Home. Cet homme avait nn prestige très remarquable, qui explique qu'il ait pu en imposer à tant de gens. Il a écrit nn grand nombre de mémoires qui sont absolument incompréhensibles. Il était sujet à des accès de manie, avait de la paraplégie, avec incontinence d'urine, antant que je me souvienne. Il avait aussi la manie de dérober certains objets. Il est mort aliéné. Mais je pense que sa paraplégie était de nature organique.

M. Pierre Janet. — Il serait bien intéressant d'avoir des détails sur le trouble mental qu'a présenté ce médium célèbre ; car on ne se doute pas du mal qu'il a fait en Augleterre et même en France, encore aujourd'hui et l'influence qu'il a eue sur le développement de l'occultisme et du spiritisme.

A propos de la communication de M. Legrain sur les attaques épileptiformes dans la paralysie générale.

M. Auguste Voisin. — Je suppose que M. Legrain, laissaut de côté les attaques apoplectiques prodromiques de la paralysie géuérale des aliénés, n'a voulu faire allusion qu'anx attaques apoplectiformes ou épileptiformes survenant dans la paralysie générale confirmée et rentraut dans le cadre symptomatique si bien étudié par Aubanel.

Leur pathogénie a déjà été antérieuremeut l'objet de nombreuses discussions, et tandis que pour une partie de l'école frauçaise représentée par Calmeil, la congestion cérébro-méniugée est la cause unique, tandis que pour uue autre partie de l'école française, l'hydropisie ventriculaire ou arachnoïdienne produit les attaqnes, l'école allemande admet comme cause l'intoxication urémique.

Il est certain que chez beaucoup de paralysés généraux, il y a néphrite interstitielle et atrophique ; mais il faut n'admettre cette pathogénie que lorsqne les attaques s'accompagnent d'hypothermie 29 degrés à 35 degrés, de demi-perte de connaissance, d'assonpissement, d'obtusion simple de la sensibilité, sans anesthésie,

tandis que, dans les attaques apoplectiformes et épileptiformes causées par la congestion cérébro-méningée, locale ou générale, par des néo-membranes de la dure-mère, par des kystes arachnoïdiens, l'hyperthermie est la règle dès l'attaque, et le malade tombe dans le coma, le collapsus ou dans des convulsions cloniques, toniques ou tétaniformes.

M. CHARPENTIER. — Dans l'éclampsie urémique il y a des malades qui ont une perte de connaissance absolue avec abolition complète de la sensibilité. Il me semble que les caractères qu'indique M. Voisiu n'ont pas une signification suffisaute pour faire le diagnostic différentiel.

M. CULLERRE. — Messieurs, je ne croyais pas que la pathogénie des attaques épileptiformes fût encore à l'ordre du jour de la Société médico-psychologique, sans quoi je vous aurais apporté deux observatious cliniques qui, quoique bien incomplètes, eussent pu vous intéresser dans cet ordre d'idées.

Incité par les observations de M. Jules Voisin relativement à la toxicité des urines des comitiaux avant et après les attaques, j'ai pensé à essayer les injections d'extrait de substance rénale chez les épileptiques, mais les résultats ont été uuls dans la plupart des cas ; les attaques u'ont été modifiées ni comme nombre, ni comme forme, sauf chez deux malades cependant. Ces deux épileptiques que j'observe depuis une quinzaine d'années, et dont les attaques, en dépit de tout agent thérapeutique, étaient à la longue devenues de plus en plus fréquentes, sont soumis depuis trois mois aux injections d'extrait glycériné de substance rénale au cinquième à la dose de deux grammes par jour. Or voici ce qui s'est passé : les attaques qui, avant ce traitement, revenaient au uombre de 60 pour l'un et de 40 pour l'autre chaque mois en moyenue, out aussitôt diminué des trois quarts, et ce résultat se maintient depuis trois mois. Cela semble bieu iudiquer que l'insuffisauce rénale a joué un certaiu rôle daus l'aggravation de la maladie chez ces deux vieux épileptiques.

Ces faits m'ont paru iutéressants. Je les signale à la Société à titre d'indication seulement et sans vouloir d'ailleurs y attacher une importance exagérée.

M. CHARPENTIER. — Quelle est la partie des reins employée ?

M. CULLERRE. — J'employais une macération de la couche corticale dans la glycérine à la dose de deux grammes par jour.

M. CHRISTIAN. — Ce n'est pas tout à fait la question que nous discutons en ce moment. Les accès épileptiques ne sont pas comparables absolument aux attaques épileptiformes de la paralysie générale.

M. CULLERRE. — Je ne prétends pas non plus que la pathogénie soit la même dans les deux cas.

La séance est levée à cinq heures et demie.

P. SOLLIER.

BIBLIOGRAPHIE

L'insomnie et son traitement; par le Dr Maurice de Fleury, ancien interne des hôpitaux. Paris, *Soc. d'éditions scientif.*, 1894.

Les conditions des phénomènes physiologiques du sommeil ne sont pas moins obscures que celles des principales fonctions de la vie. L'homme ne sait pas plus comment il respire qu'il ne connait la nature des sensations, le mécanisme de la pensée ou les lois de l'hérédité. Des théories du sommeil, considéré comme une suspension ou un ralentissement périodique de l'activité des centres nerveux, la théorie vaso-motrice paraît chaque jour reculer et perdre du terrain devant la théorie toxique. La nouvelle théorie histologique du sommeil me semble n'être qu'un cas de la précédente. « Chez l'homme qui dort, dit M. Mathias Duval, les ramifications cérébrales du neurone sensitif central sont rétractées, comme le sont les pseudopodes d'un leucocyte anesthésié, sous le microscope, par l'absence d'oxygène et l'excès d'acide carbonique. » C'est au fond la théorie toxique du sommeil de Purkinje et de Pflüger, mais édifiée sur des fondements jusqu'ici inconnus, et dont les progrès de l'histologie du système nerveux démontreront sans doute, comme je le crois, la solidité.

Mais, dans cet essai de M. le Dr Maurice de Fleury, il s'agit moins des causes du sommeil que de celles de l'insomnie. Le travail est pourtant précédé d'une psycho-physiologie du sommeil, frappée, comme tout le reste de l'ouvrage, au coin d'un esprit vraiment scientifique. L'observation clinique s'éclaire ici à chaque pas aux lumières de la physiologie expérimentale. Quoiqu'il insiste peut-être un peu, dans l'interprétation des phénomènes du sommeil et de l'insomnie, sur l'état de la circulation cérébrale, M. de Fleury a bien vu que les variations de cette circulation, loin d'être une cause, sont elles-mêmes un effet, « que le cerveau pâlit parce qu'il dort, qu'il se gonfle de sang parce qu'il vient de percevoir une sensation,

et qu'au total l'afflux et le retrait du sang ne sont que phénomènes secondaires, subordonnés au phénomène essentiellement cérébral, psychique, le seul déterminant. Ce qui est primordial, c'est l'état d'activité ou de repos, de force ou de fatigue de la cellule cérébrale, et c'est cela surtout que je me suis efforcé de mieux connaître. » Ainsi le cerveau travaille, non point parce que la circulation y est active, mais parce que des excitations sensitives ou sensorielles mettent en liberté son énergie. « Si le cerveau a besoin de sommeil, ce n'est pas parce que la circulation y est faible, mais parce qu'il n'est point tenu en haleine par des stimuli suffisants, ou parce qu'il a épuisé sa réserve de forces. Et c'est ainsi que le phénomène dynamique apparaît comme fondamental, et que la psychologie doit s'unir étroitement à la physiologie pour l'étude d'un phénomène tel que celui qui nous occupe. »

De même, la physiologie expérimentale a démontré que l'anémie du cerveau, observée, sur des chiens trépanés, dans la narcose profonde, est une suite de cette narcose, et non pas le sommeil une suite de l'anémie (Binz). L'hyperémie du canal digestif pendant la digestion, son aspect exsangue à l'état de jeûne, l'état de la circulation dans le muscle qui travaille ou se repose, confirment la règle que l'afflux sanguin augmente ou diminue avec l'activité des organes. Mais on a cessé de prendre l'effet pour la cause.

Appliquons ces données, avec le savant médecin, à l'étude des neurasthéniques. « Ce sont, écrit-il, des renseignements fort précieux que ceux que nous fournissent, en psychologie, les malades neurasthéniques : il semble que leur système nerveux soit armé d'un appareil multiplicateur, tant leurs réactions sont amples et grossies ; les phénomènes qu'ils présentent sont l'exagération de ce qui se passe chez les sujets sains ; ils sont, pour ainsi dire, à l'étude des fonctions du système nerveux, ce que le microscope est à l'étude des tissus. Et je crois bien qu'ils amplifient sans déformer, tant que les signes de la dégénérescence mentale n'entrent pas en ligne de compte, tant qu'il ne s'agit que de neurasthénie simple. » La diminution ou la suppression des excitations du milieu interne ou externe produisent chez ces malades des phénomènes qui rappellent les cas d'anesthésie générale étudiés par Strümpell et par Raymond « Quand ils ont faim, quand ils sont las, quand le jour tombe, les voilà tristes, défaillants, incapables d'agir ; pour un rien ils s'endormiraient ; mais qu'ils prennent des aliments, ou qu'on

apporte des lumières : les voilà qui s'animent ou qui redeviennent vivants. » Bref, le sommeil apparaît à M. de Fleury comme une sorte d'hypoactivité de la cellule cérébrale qui, pour un temps, cesse de percevoir des sensations et de restituer des actes. « Le sommeil est un repos de la cellule cérébrale, repos complet, en ce sens qu'il ne comporte ni excitations sensitives, ni dépenses de forces. » Repos complet? Non, puisque l'auteur lui-même s'empresse d'ajouter que, pendant le sommeil, arrive encore à nos centres nerveux « le flux perpétuel des sensations obscures, subconscientes », non seulement des réseaux nerveux de la muqueuse des organes digestifs, des poumons, de l'appareil circulatoire, de l'endothélium des vaisseaux, etc., mais des terminaisons des nerfs, des sens, de la peau, des muscles, des aponévroses et des tendons. Outre les excitations de la vie végétative qui tiennent notre bulbe dans un état, très atténué, de veille relative (ralentissement des battements du pouls, de la fréquence des inspirations, des combustions, des sécrétions, etc.), le cerveau ne doit pas être considéré comme absolument inactif au point de vue fonctionnel. Sans parler des rêves qui, selon nous, ne doivent jamais manquer, dans aucun des stades du sommeil, « on n'est pas, comme le dit Leibnitz, sans quelque sentiment faible pendant qu'on dort. » Quoique ce philosophe admette qu'on puisse être sans songe, il ajoute, en faisant allusion aux Cartésiens, suivant lesquels l'âme pense toujours : « Ce n'est pas sur les songes seuls qu'il faut fonder la perpétuité de la perception de l'âme, puisque, même en dormant, elle a quelque perception de ce qui se passe au dehors. » (*Nouveaux essais*, II, 1 et 9). L'évanouissement partiel ou général des fonctions du cerveau ne tombe pas au zéro de la syncope. « Le sommeil est un rétrécissement de la sensation ; il supprime à peu près complètement la vie cérébrale. » Soit ; il ne l'anéantit pas. Or, la théorie du sommeil étant, comme tous les phénomènes de la vie psychique, « un problème de mécanique cérébrale », M. de Fleury est arrivé à établir qu'à ce rétrécissement du champ de la sensation correspond une baisse de la pression artérielle à la radiale, baisse qui doit coïncider avec un affaiblissement du myocarde. Il formule de la manière suivante les résultats de la mensuration, à l'aide de sphygmomètre à ressort de Verdin, en centimètres de mercure, des variations de la pression artérielle à l'état de veille et de sommeil : 1° à l'état de veille, pour un adulte bien portant, la pression artérielle moyenne, à la radiale, est de 16 à 17 cen-

timètres de mereure ; 2° pour le même sujet, à l'état de sommeil normal, la moyenne de la pression est de beaueoup inférieure : elle oseille, selon les eas, entre 8 et 12 centimètres de mereure.

Ainsi le sommeil s'aeeompagne ordinairement d'hypotension artérielle ; la foree des eontraetions du cœur a faibli ; l'intelligenee est obseureie. Si, sous l'influenee d'une exeitation interne ou externe du système nerveux eentral, la tension artérielle se relève, le dormeur rêve, s'agite, entre dans une insomnie partielle. Mais, au delà d'un eertain degré d'hypertension artérielle, le réveil a lieu. Si, dans beaueoup d'états morbides — vésanies, neurasthénie, ehlorose, asystolie, ete. — l'insomnie s'observe pourtant avee une baisse très eonsidérable de la pression artérielle, e'est que, eomme l'ont démontré des expérienees depuis longtemps elassiques, des « états opposés de la eireulation eérébrale sont earaetérisés par des symptômes très analogues » (Charles Riehet). L'hypotension eomme l'hypertension artérielle du eerveau déterminent des phénomènes d'exeitation eérébrale intense. Il y a des insomnies à hypertension eomme il y en a à hypotension. « Le sommeil normal n'est donc eompatible qu'avee un état d'affaissement moyen de la tonieité générale, qu'avee un état d'hypotension artérielle modéré : la trop grande dépression et l'exeitation trop forte provoquent, l'une eomme l'autre, à un premier degré, des rêves et de l'agitation noeturne, à un degré plus avaneé, de l'insomnie formelle. »

M. Mauriee de Fleury est un psyehologue ; on le voit de reste par l'exposition des faits et des méthodes qui préeède. L'auteur de l'étude sur l'*Hystérie sénile* rappelait déjà, avee un sens très affiné, vraiment littéraire, des plus fines nuanees de l'observation morale, ee goût des faits de l'anatomie et de la physiologie qui marque d'un earaetère durable l'œuvre du savant professeur de Bordeaux, dont notre auteur est le fils. Partout aussi on retrouve l'empreinte si forte et si originale d'un des maîtres et collaborateurs de M. de Fleury, M. le professeur Pitres.

Le ehapitre sur l'*Habitude du sommeil* est à eet égard des plus riches en fins aperçus de psyehologue et de neurologiste. C'est M. de Fleury qui a éerit, et persiste à eroire, que « les névroses ne sont que de mauvaises habitudes de l'aetivité eérébrale ». En dehors des névroses, le sommeil, eomme l'appétit, est un phénomène physiologique assujetti aux lois de l'habitude. De même, la marehe dans la station vertieale, le langage,

l'écriture, etc., sont nés de la propriété que possède tout organisme de répéter de lui-même un acte résultant d'une stimulation venue du monde extérieur. A ce propos, voici une expérience inédite de M. François Frank, citée de mémoire par l'auteur, dont le lecteur me saura gré de ne le point priver :

« Gantez votre main droite dans l'appareil enregistreur des variations volumétriques ; puis, infligez à cette main une excitation sensitive quelconque, celle, par exemple, que provoque l'application d'une éponge imbibée d'eau froide : immédiatement le graphique indiquera un resserrement des vaisseaux, une diminution de volume de la main, bientôt suivie d'un retour progressif à la normale. Laissant les choses en l'état, sans intervenir de nouveau, continuez à observer l'évolution du graphique : au bout d'un temps très court, spontanément, le phénomène se reproduira, les vaisseaux se resserreront, la main reviendra sur elle-même, presque aussi fortement que la première fois. Il en sera de même à cinq ou six reprises : le phénomène ira s'affaiblissant, mais se répétant de lui-même sans que l'excitation initiale ait été renouvelée. »

Cette expérience nous paraît, comme à M. de Fleury, d'une importance capitale pour l'étude des lois de l'habitude.

Les médecins trouveront dans cet essai deux chapitres sur le *Traitement rationnel des insomnies des neurasthéniques*. Pour ne point sortir des considérations générales de psychologie physiologique où nous avons cru devoir nous tenir, voici à ce point de vue les principales conclusions de ce travail :

L'étude de la pression artérielle à la radiale chez les malades atteints d'insomnie, démontre que ce phénomène pathologique coïncide soit avec un état d'hypertension marquée, soit avec un état d'excessive hypotension.

Il n'y a guère, en somme, qu'une cause de l'insomnie : l'excitation cérébrale (qu'elle coïncide avec de l'hypertension ou de l'hypopression artérielle).

Il n'y a pas deux espèces d'insomnies. « L'insomnie d'un neurasthénique, celle d'un convalescent de fièvre typhoïde ou celle d'un asystolique ont la même pathogénie. Quand un asystolique ne dort pas, c'est parce qu'il a une pression artérielle basse : relevez son cœur défaillant avec la digitale, et du même coup vous lui rendrez la possibilité de bien dormir. »

Ce n'est pas le lieu de soumettre à une critique approfondie cette théorie, en somme mécanique, du sommeil et de l'insomnie. Pour M. de Fleury, le sommeil et l'insomnie sont

deux phénomènes de pure mécanique, des états d'irritation plus ou moins grande de la cellule cérébrale. Ces états peuvent être provoqués : 1° par les stimuli externes et leurs variations d'intensité; 2° par le contact de certains déchets organiques, de certains poisons avec la cellule nerveuse. Ce qu'a voulu l'auteur, c'est édifier une théorie essentiellement mécanique du sommeil. Aussi répète-t-il que le phénomène vaso-moteur n'a que la valeur d'un symptôme enregistrable. Pour lui la cellule cérébrale dort quand elle est surmenée, mécaniquement surmenée : 1° par une dépense de force trop énergique; 2° par des stimuli externes trop intenses; 3° par des poisons qui l'irritent au point de l'accabler. Sans nier, certes, la théorie toxique de ces phénomènes, et tout en admettant, avec les expériences de Bouchard sur les propriétés somnifères et convulsivantes des urines du jour et de la nuit, les insomnies par intoxication, M. de Fleury a proposé une théorie, ni toxique, ni vaso-motrice, du sommeil et de l'insomnie, mais purement mécanique. Il a donc volontairement laissé dans l'ombre tout ce grand mouvement scientifique sur la nature et les causes du sommeil qui va de Ranke, d'Obersteiner, de Binz, d'Exner et de Preyer à Leo Errera.

Pour tous ces savants, on le sait, quel que soit le nom des substances de fatigue ou d'épuisement, acide carbonique, acide lactique, créatine, leucomaïnes, alcalis organiques, les substances ponogènes, résultant de l'activité même des glandes, des muscles et du système nerveux, suspendant plus ou moins profondément, d'une manière périodique, les fonctions de ces organes, soit en les encombrant de déchets organiques qui doivent être rejetés par les émonctoires naturels (circulation, respiration, sécrétion urinaire et sudorale, fonctions du foie, etc.), soit en altérant, indirectement ou directement, la composition chimique du protoplasma cellulaire. Ou, l'oxygène nécessaire à la vie des tissus nerveux est capté par les substances ponogènes, éminemment oxydables, qui brûlent ainsi dans les tissus, et surtout dans l'écorce cérébrale (Preyer). Ou le protoplasma cellulaire est directement empoisonné par les déchets organiques qui l'envahissent quand il n'a plus la force de repousser cette invasion : ainsi, ni anoxie, ni anémie, mais intoxication directe du cerveau dans le sommeil (Errera). Le travail appelle aussi fatalement la fatigue que celle-ci le sommeil. Dans la lutte incessante entre le protoplasma et les substances ponogènes fabriquées par l'organisme actif, la victoire reste toujours pour

quelques heures à ces dernières, et cette victoire est d'autant plus complète que les centres nerveux sont plus élevés. Mais, dans la dernière théorie, celle d'Errera, l'oxydabilité des leucomaïnes, au lieu d'être la cause du sommeil, en marque la fin, c'est-à-dire le réveil. D'abord très intense, et coïncidant avec le sommeil profond de la première heure (Kohlschütter), la destruction des matières de déchet va se ralentissant en même temps que le sommeil devient plus léger.

L'oxydation des ponogènes a lieu, d'ailleurs, également dans l'état de veille : seulement ces subtances se forment alors plus vite qu'elles ne s'oxydent et ne s'éliminent. Cette dernière vue me semble profonde. Elle indique la continuité d'une fonction physiologique qui ne paraît périodique que par l'effet du rythme organique. Les grandes oscillations, qui nous frappent seules par leur retour, ne sont que la somme croissante ou décroissante de processus insensibles de même nature.

JULES SOURY.

La simulation des maladies mentales ; par le Dr A. Govseëf. 1 vol. in-8° (en russe). Kharcow, 1893.

« La simulation, dit l'auteur, peut être normale ou pathologique : quand elle est normale, elle suppose une mauvaise volonté ordinaire avec une parfaite connaissance du but poursuivi et des moyens employés ; la simulation est, au contraire, pathologique quand l'individu ne sait pas au juste pourquoi il simule et quand les moyens qu'il emploie portent le même cachet de conscience incomplète. » On sait que beaucoup d'aliénistes, parmi lesquels on peut citer Schüle et Sander, regardent une pareille opinion comme inexacte ; pour eux, la simulation des maladies mentales est toujours un produit pathologique ; un bon simulateur, disent-ils, est un individu bien plus fortement prédisposé aux psychoses qu'un menteur, et ils citent à ce point de vue un cas très célèbre décrit par Snell, et dans lequel plusieurs aliénistes distingués ont conclu à la simulation ; plusieurs mois après, l'un de ces cliniciens, Jacobi, en examinant de nouveau l'inculpé, fut forcé de reconnaître que la psychose était réelle ; alors, les experts, pour concilier les deux opinions, ne trouvèrent rien de mieux que de déclarer l'individu à la fois et en même temps aliéné et simulateur.

Quelqu'un qui nous semble avoir exprimé une opinion juste sur cette question si controversée, c'est Fritsch qui dit que, dans la grande majorité des cas, la simulation des psychoses coïncide avec des anomalies diverses d'ordre psychique ; mais, ajoute-t-il, il faut bien se garder de considérer ces anomalies comme constituant une maladie mentale, et il ne faut les envisager que comme une expression d'une prédisposition névropathique ; en d'autres termes, pour Fritsch un simulateur des maladies mentales est très souvent un véritable dégénéré. Mais M. Govseëf envisage la question autrement. Il s'est dit ceci : « Puisque certains auteurs déclarent que la simulation des maladies mentales est un phénomène pathologique, je vais examiner les différents aliénés : les déments, les débiles, les mélancoliques, les maniaques, etc., et voir s'ils sont capables de simuler leur délire. » Après avoir passé ainsi en revue un certain nombre de formes de la pathologie mentale, il arrive à conclure qu'il n'y a que la débilité mentale et la manie qui s'accompagneraient souvent de la simulation. Pour la débilité mentale, il n'y a rien à dire ; quant à la manie, j'avoue que je ne saisis pas du tout le rapport qui peut exister entre cette affection et la simulation, à moins d'appeler « simulation » la tendance aux excentricités et aux plaisanteries qui s'observe parfois chez les maniaques ; dans ce cas, l'auteur détourne complètement le terme « simulation » de son véritable sens.

En somme, pour M. Govseëf, la simulation en elle-même n'a rien de pathologique ; elle ne devient pathologique que dans certains cas bien déterminés où on peut prouver son étroite liaison avec des facteurs morbides.

Il est vrai qu'il y a un certain danger à considérer toute simulation comme pathologique, car alors sa présence ne servirait qu'à augmenter la probabilité de l'existence d'une maladie mentale, ce qui serait absurde. Cependant, nous n'irons pas jusqu'à dire, comme le fait l'auteur, que la présence de la simulation est la meilleure preuve que l'individu est tout à fait sain d'esprit. Nous sommes convaincus que la vérité est du côté de l'opinion exprimée par Fritsch. D'ailleurs, M. Govseëf lui-même, tout en admettant la simulation chez des individus parfaitement sains d'esprit, dit qu'elle s'observe surtout : 1° Chez les débiles ; 2° chez les anciens aliénés ; 3° chez les voleurs de profession. L'auteur avouera qu'il n'y a peut-être que ces derniers, et encore, qui pourraient être cités comme étant des individus sains d'esprit.

Les formes cliniques que les simulateurs choisissent le plus volontiers ont été indiquées par bien des auteurs : Legrand du Saulle, Binswanger, Fürstner. Ce dernier a donné le tableau de ces formes elassées ainsi par ordre de fréquence : 1° La démence avec toutes ses variétés ; 2° la perte plus ou moins eomplète de eonnaissanee avee hallueinations ; dans cette forme, le simulateur se eroit obligé de se livrer dans les intervalles lueides à quelques actes extravagants ou simplement bizarres ; 3° les syndromes extraordinaires n'entrant dans aueun groupe de symptômes de la pathologie mentale aetuelle ; enfin, 4° les différents états d'exeitation avec ineohérence dans les paroles et tendance aux aetes violents. D'une façon générale, on peut dire que le simulateur ehoisit le genre de folie dont il a entendu parler et qu'il eroit eonnaître le mieux. Dans les observations que rapporte l'auteur, on voit simulés les états morbides suivants : la démenee, la stupeur, la confusion mentale, la manie suraiguë, le délire des grandeurs, le délire des persécutions, les hallucinations, les impulsions, le tremblement, les eonvulsions, les paralysies ; la mélancolie seule n'a pas trouvé d'amateurs.

Comment faire le diagnostie de la simulation ? Deux méthodes sont en présenee : l'expérimentation et l'observation clinique. La première est tombée en désuétude ; l'usage du « knout » (plus restreint qu'autrefois), les cautérisations au fer rouge, la douche glaeée sont supprimés dans les asiles d'aliénés... Morel proposait l'administration de l'éther, parce que ce médicament posséderait le pouvoir de modifier l'état mental du sujet en expérience. Le ehloroforme, l'aleool ont été également proposés, mais on y a renoncé. L'hypnotisme a eu le même sort. Quant aux moyens répressifs, certains médecins, oubliant un peu leur rôle et leurs devoirs huuanitaires, ont essayé de les introduire dans l'examen des simulateurs. Heureusement pour notre corporation, les exemples de ees médecins-inquisiteurs sont tout à fait isolés.

La méthode vraiment seientifique, c'est celle qui ne compte que sur l'observation clinique, et M. Govseëf a raison de n'adopter que celle-ci. C'est par l'observation clinique qu'il faut arriver à apprécier à leur juste valeur les différents symptômes observés, qu'il faut ensuite en faire la synthèse, ehereher le caractère de la simulation, son mécanisme et ses vrais motifs. La chose n'est pas toujours facile, car elle demande une connaissance approfondie de la pathologie mentale, surtout au point de vue du diagnostic. Mais les observations des cliniciens

comme Krafft-Ebing, Magnan, Moëli et bien d'autres prouvent qu'on peut y arriver.

Pour terminer, nous allons résumer les principales conclusions de ce travail :

1° Les individus parfaitement équilibrés peuvent se livrer, le cas échéant, à la simulation des maladies mentales ;

2° Les affections simulées le plus souvent sont : la démence, la manie aiguë et l'épilepsie ;

3° La simulation peut durer des mois et des années sans déterminer le moindre trouble psychique ;

4° A l'heure qu'il est, les aliénistes admettent trop facilement l'absence de la simulation là où elle existe réellement.

Nous avons montré au cours de cette rapide analyse les points sur lesquels nous ne sommes pas d'accord avec l'auteur. Le dernier mot n'est pas encore dit dans cet intéressant problème. N'empêche que le livre de M. Govseëf est très documenté, rempli d'observations cliniques personnelles et qu'il constitue une sérieuse acquisition pour la littérature médico-légale russe.

J. Roubinovitch.

L'occhio degli epileptici. Studio antropologico e medico-legale... (L'œil des épileptiques) ; par les Drs F.-P. de Bono et G. Dotto, de l'Université royale de Palerme. Avec une planche. Palermo, 1894.

Cette monographie comprend deux parties : I. Examen morphologique ; II. Examen fonctionnel. C'est dire que les auteurs nous donnent une étude à peu près complète de l'œil et de ses fonctions chez les épileptiques. Les résultats obtenus ont été toutes les fois que cela était possible comparés avec ceux que fournit l'observation des normaux, des aliénés et des criminels. Il s'agissait dans tous les cas d'épilepsie idiopathique, non associée à l'idiotie.

I. — Touchant l'indice céphalique, la circonférence et la capacité cranienne, les résultats confirment une fois de plus « la loi que les crânes des aliénés (épileptiques) ont une capacité cranienne moyenne supérieure à celle des normaux ». Le chiffre ici donné est de 1,500 à 1,550 centimètres cubes, tandis qu'il n'est chez les normaux que de 1,400 à 1,450. Ils confirment encore ce fait que, chez les épileptiques, les différences de sexe tendent à s'égaliser ; si l'on rapproche ces résultats des

faits qu'a observés Amadei chez des dégénérés et de ceux notés par Tonnini (stature, poids, nutrition), on aperçoit que la dégénérescence est la grande « nivelcuse » des différences sexuelles.

L'hypothèse de Lasègue, qui faisait dériver l'asymétrie de la face chez les épileptiques de celle de la base du crâne, hypothèse en harmonie avec la théorie bulbaire de l'épilepsie, a perdu beaucoup de terrain depuis que la physiologie expérimentale a démontré que le siège de la décharge épileptique est l'écorce cérébrale. Amadei estime que l'explication étiologique de l'asymétrie fronto-faciale se trouve, comme pour la plagiocéphalie, dans le rachitisme, dans la lente ossification, et non dans la synostose de la base et de la voûte. Quoique ce signe n'ait plus l'importance que lui attribuait Lasègue, toujours est-il que l'asymétrie du crâne et de la face s'observe fréquemment chez les épileptiques et dans les autres formes de dégénérescence. Quelle que soit la cause de la plagiocéphalie, rachitisme ou soudure précoce des sutures du crâne, elle influe sur le développement de l'hémisphère cérébral du même côté, si elle n'est pas, comme le veulent quelques auteurs, un effet de l'atrophie de cet hémisphère. Venturi, en étudiant la sensibilité auditive chez les épileptiques, l'a trouvée inférieure du côté opposé à la plagiocéphalie. A leur tour, les auteurs de ce mémoire ont constaté, quant aux rapport de la plagiocéphalie et de la force visuelle, que celle-ci est également plus faible du côté opposé à cette malformation.

Les auteurs étudient ensuite l'indice orbitaire, la distance inter-orbitaire, les déviations des axes visuels, la fente palpébrale, la coloration de la sclérotique, la cornée, l'iris, les pupilles, le cristallin, le corps vitré, la réfraction chez les épileptiques. Cette dernière, fait important pour notre sujet, diffère très fréquemment sur les deux yeux d'un même individu, ce qui est en relation avec le grand nombre d'asymétries craniennes, faciales et orbitaires constatées chez les épileptiques. Fréquence également très grande de l'astigmatisme (52 p. 100). Frappés de cette fréquence des vices de réfraction, des auteurs se sont même demandé s'ils pouvaient être la cause ou l'effet du mal caduc. Bono et Dotto estiment que les anomalies de la réfraction sont plutôt une conséquence directe de l'asymétrie somatique, laquelle domine dans toute l'organisation des épileptiques.

Le chapitre de ce travail consacré à l'examen du fond de

l'œil des épileptiques : 1° dans la période intervallaire ; 2° pendant les convulsions ; 3° après eelles-ei, renferme deux observations d'une importanee, selon nous, eapitale, pour la solution du problème, toujours à l'étude, de l'état des vaisseaux du fond de l'œil au cours de l'attaque. Disons d'abord que dans un examen ophtalmoscopique pratiqué sur 42 épileptiques (25 h. et 17 f.), l'aspect de la papille et du reste du fond de l'œil a paru normal. Les auteurs n'ont point observé le pouls veineux des papilles. Quant à l'état des vaisseaux, ils ont vu plus souvent le resserrement que la dilatation des artères et des veines. Le petit nombre d'altérations du fond de l'œil, d'ailleurs non constantes, reneontrées par les auteurs et par d'autres aussi pendant les périodes intervallaires, ne peut fournir aueun indiee pour le diagnostic de l'épilepsie.

Mais arrivons à l'état de la rétine *avant*, *pendant* et *après* les convulsions. Bouchut et Magnan avaient trouvé durant l'attaque les vaisseaux dilatés ; Magnan a observé le même fait chez des chiens rendus épileptiques par l'essenee d'absinthe. Jackson, au cours d'un accès suivi d'une amaurose temporaire postépileptique, ne put déeouvrir aucune altération du fond de l'œil, mais immédiatement après, il constata un spasme des vaisseaux. L'observation de Knies à ee sujet mérite l'attention : eet ophtalmologiste a eonstaté que, dix à vingt seeondes environ *avant* l'attaque, les artères rétiniennes étaient eontractées ; eette contraction persista durant tout le temps de l'attaque et ne disparut qu'après. Knies en inféra que probablement les mêmes modifieations devaient se produire dans les vaisseaux du eerveau : d'abord spasme artériel dû à l'aeeumulation de substanees toxiques (acide earbonique), puis retour à l'état normal. Bien d'autres faits eliniques et expérimentaux existent dans la seienee, que les auteurs auraient pu eiter, dans un sens ou dans l'autre. Mais ils ont fait mieux : ils ont eu la rare fortune d'observer eux-mêmes ees modifieations vaseulaires du fond de l'œil ehez une épileptique (obs. XXXIII) dont la sensibilité rétinienne à l'exeitation lumineuse durant un examen ophtalmoseopique avait suffi à provoquer une attaque. Ajoutons que cette malade ne présentait que la phase tonique des convulsions, la phase clonique étant à peine ébauehée. C'était là une heureuse eireonstanee paree que, « très probablement, la diversité des faits notés par les différents auteurs, doit être attribuée à ee que les observations ont été faites aux diverses phases de l'attaque ». Dans ees conditions, de Bono et Dotto ont cons-

taté l'existence d'un énorme resserrement des artères et d'une profonde ischémie de la papille et de la rétine, plus accusée à gauche qu'à droite, du côté opposé à celui qui était le plus affecté par les convulsions. Trente-cinq minutes encore après l'accès, alors que la différence de vascularisation des deux côtés était évanouie, il existait une notable constriction des vaisseaux. Chez un autre épileptique, immédiatement après une absence à laquelle ils avaient assisté, ces auteurs ont également constaté un resserrement très net des artères du fond de l'œil. En somme, les observations ici rassemblées sur l'état de la rétine *pendant* et *après* l'accès convulsif, peuvent être réparties en trois groupes : 1° les deux cas où l'observation faite pendant et immédiatement après l'accès, a révélé une ischémie de la rétine pendant et quelque temps après les convulsions ; 2° les observations qui, faites de quatre à douze heures après les convulsions, ont montré l'hyperémie de la papille et la suffusion plus ou moins intense de la rétine ; 3° les cas où les altérations rétiniennes décrites par d'Abundo ont bien été vues, mais sans qu'il fût constant que le malade avait eu des convulsions depuis peu. Si l'on considère qu'une attaque peut passer inaperçue des gardiens, les observations de ce troisième groupe peuvent être ajoutées à celles du second.

II. — L'étude des lésions fonctionnelles des paupières, des bulbes oculaires, de l'iris et de l'accommodation, celle de la force visuelle et des sens chromatique et lumineux chez les épileptiques, ne pouvait présenter un intérêt aussi grand. Notons pourtant, quant aux altérations de la force visuelle, relativement encore aux deux sujets observés pendant et immédiatement après l'attaque, qu'il existait une anesthésie de la rétine : chez ces malades et chez beaucoup d'autres, après les convulsions, l'acuité visuelle a toujours été trouvée diminuée. D'Abundo croit qu'il existe un rapport entre l'état d'injection vasculaire de la rétine et la diminution de la force visuelle et entre celle-ci et la dépression psychique postépileptique. Fano a vu aussi que, quand les attaques sont très rapprochées, l'amaurose peut être complète dans les intervalles. Chez les épileptiques du manicome de Palerme, les auteurs n'ont pas observé d'amaurose immédiatement après l'accès.

De l'examen du sens des couleurs dans les périodes intervallaires et quelquefois après des accès, il résulte que, si ce sens a été trouvé le plus souvent normal, le violet n'était presque jamais reconnu ou était confondu avec le bleu. Toutefois les

auteurs ne sauraient décider si e'était la pereeption de la eouleur ou la eonnaissance même du nom qui faisait défaut à leurs malades, paysans pour la plupart, dont le sens ehromatique était des moins exereés. En général, ils ont trouvé le sens lumineux assez bon et peu différent de celui des individus normaux. Ils eonelucnt donc que, chez les épileptiques, si l'on fait abstraetion de l'influenee des aecès, le sens lumineux est assez bien développé.

Relativement au ehamp visuel du blane et des eouleurs chez les épileptiques et les dégénérés, après une revue des doetrines sur ee sujet, de eelles en particulier de l'Eeole de Turin, les auteurs nous font connaître les résultats d'un examen pratiqué, avee le périmètre de Landolt, sur 23 épileptiques (16 h. et 7 f.) : la ligne périphérique du champ visuel a été trouvée régulière dans 6 eas, irrégulière dans 16, et, ehez 13 sujets, ees irrégularités étaient si accusées qu'on aurait pu les eonsidérer comme des seotomes périphériques. Ces scotomes périphériques sont-ils dus, eomme le veut Ottoleughi, à des lésions eentrales, ou, eomme le soutient Parissotti, à des variations alternatives de vaseularisation rétinienne? Le fait que ees seotomes périphériques ne sont pas eonstants en un même point de la rétine, semble indiquer, au eontraire, que la eause doit en être eherehée dans un défaut d'attention et dans un retard dans l'acte de l'apereeption, phénomènes très communs ehez des dégénérés. Enfin, l'étendue du champ visuel était normale ehez 9 sujets, plus grande ehez 1, plus ou moins rétréeie ehez 14.

Le champ ehromatique de la vision n'a rien ou presque rien révélé d'anormal. La couleur qui faisait le plus défaut était, nous l'avons dit, le violet : il n'était pas perçu ou l'était eomme bleu. Quelquefois le rouge seul fut reconnu, mais ectte dysehromatopsie était-elle due à une auesthésie de la rétine ou à un manque de notion des différentes eouleurs? On ne sait.

Existe-t-il un ehamp visuel spécial propre aux épileptiques? Les auteurs répondent que ehez les épileptiques comme ehez les normaux, les hystériques, les fous moraux, on reneontre souvent l'irrégularité de la ligne périphérique, et une limitation en sens divers plus ou moins grande de l'étendue du ehamp visuel. Iei la ligne périphérique a été trouvée irrégulière chez 69 p. 100 des épileptiques et ehez 52 p. 100 des normaux; le rétréeissement du ehamp visuel a été observé ehez 60 p. 100 des épileptiques et chez 26 p. 100 des normaux. Pour le ehamp

visuel à périphérie irrégulière et à étendue limitée on peut invoquer la même loi que pour les autres stigmates de dégénéreseence : ces signes n'appartiennent pas exelusivement aux dégénérés ; ils sont seulement beaucoup plus fréquents ehez ceux-ci que ehez les normaux. L'asymétrie cranio-faciale n'est pas spéciale aux épileptiques ; on la eonstate seulement dans une proportion beaucoup plus eonsidérable chez les épileptiques que ehez les normaux. Il en est de même pour les anomalies du champ visuel des épileptiques.

JULES SOURY.

Di un caso di follia simpatica post-connubiale (Un cas de folie sympathique post-nuptiale) ; par le professeur P. Funaioli, médecin-directeur de l'asile de Sienne. Naples, 1892.

Les manigraphes admettent tous, au nombre des causes de la folie, l'amour sous ses différentes modalités. A ne eonsidérer ce terme que dans son aceeption purement physiologique, l'être humain vit sous sa dépendanee, de l'âge adulte à la vieillesse. Chez la femme, en particulier, il est, à ce point de vue, deux étapes de l'existenee que l'aliéniste étudie avec plus de soin : la puberté, la ménopause. La femme, eependant, traverse une troisième épreuve capable, elle aussi, de retentir en maintes circonstances sur son équilibre intellectuel ; il s'agit de la défloration. Sommairement indiquée par Esquirol, Morel, Ball et quelques autres, cette cause, au gré de M. Funaioli, n'occuperait pas, dans les traités spéciaux, la place que devrait lui assurer son importance, le nombre des malades qui, parmi les prédisposées surtout, ont payé tribut à ce facteur étant plus considérable qu'on ne croit. De toute façon, d'ailleurs, il y a intérêt à étudier la question de plus près que ne l'a fait la généralité des auteurs ; c'est le motif qui a guidé le médecin de Sienne dans la publication du fait suivant.

X..., vingt-deux ans, bien eonstituée, arrive à l'asile Saint-Nicolas trois jours après son mariage. Bons antécédents héréditaires. Aueune tare psyehique dans la famille. Le père aime le vin, sans excès. La malade a, jadis, éprouvé des mécomptes et, d'une situation aisée, s'est vue réduite à la gêne ; de là des contrariétés, un changement d'humeur et quelques phénomènes hystériformes (excitation pré-menstruelle, douleur ovarienne, boule, etc.,) ; dans une circonstance, la période cataméniale

s'accompagna de désordres cérébraux qui durèrent quelques jours. A vingt et un ans, elle est fiancée à un garçon du même âge, de bonne mine et de situation aisée ; toutes conditions qui ne pouvaient que l'impressionner favorablement. Les jeunes gens se fréquentent quelques mois et le mariage est décidé d'un commun accord. Au retour de l'église, la nouvelle épouse reçoit un bouquet dont la composition éveille sa susceptibilité : les fleurs qui le formaient, paraît-il, avaient une signification funeste. Cette mauvaise impression disparaît vite, du reste, et les mille attentions dont on entoure X... effacent de son esprit tout vestige du sombre présage. La fin de la journée, aussi bien que la nuit de noces, se passent sans autre encombre. Le lendemain, durant les quelques heures qui précèdent le voyage traditionnel, la jeune femme se montre inquiète, préoccupée, presque anxieuse ; la séparation d'avec les siens est peut-être pour quelque chose dans cet état, pense-t-on. Quoi qu'il en soit, son humeur chagrine ne fait qu'empirer avec l'éloignement. Arrivés à Y..., terme de leur voyage, les époux, tandis qu'ils s'acheminent vers la maison qui doit les recevoir, rencontrent un char funèbre et une confrérie pieuse se disposant à conduire un mort au cimetière. L'effet produit sur X... est considérable. « Le corbillard ! Un cadavre ! Triste augure !... Et ce bouquet de fleurs, après la cérémonie religieuse !... » tels sont les mots qu'elle répète, dès qu'elle reste un moment seule avec son mari. La nuit est mauvaise, sans sommeil ; plusieurs fois, X... revient sur les mêmes propos et ajoute même : « Il y a un mort dans la chambre à côté !... » Seulement à l'aube, elle s'endort pour quelques instants. La journée s'écoule dans l'inquiétude, la tristesse, les soupçons. En vain, le mari promène-t-il sa compagne de monument en monument, de curiosité en curiosité ; rien ne peut la distraire de ses préoccupations, auxquelles se surajoutent bientôt des hallucinations visuelles : elle aperçoit constamment le fatal corbillard. Sur sa demande instante, on prend un autre logis ; le changement de lieu produit une rémission passagère. Mais, une heure plus tard, réapparaissent mêmes angoisses, mêmes terreurs, même agitation. La malade lacère ses vêtements et brise tout ce qu'elle rencontre à sa portée. Le mari sort pour chercher main-forte ; à son retour, il trouve l'hôtel envahi par la foule, la police et les gendarmes. Dans une salle, vocifère sa femme, sans vêtements, les cheveux épars, la face pourpre, les yeux égarés. On la conduit à l'asile Saint-Nicolas. Elle y séjourne un mois, environ, présentant les

signes essentiels de la manie hystérique, est traitée par les sédatifs en usage (chloral, bains, obscurité) et en sort à peu près guérie.

L'auteur, discutant les faits rapportés par lui, insiste sur sa croyance à l'action sympathique que peut avoir sur le cerveau l'acte purement physique de la défloration. L'utérus, à ce moment, et les organes circonvoisins sont dans un état d'érethisme, d'hyperémie transitoire qui peuvent avoir sur l'encéphale un retentissement, analogue à celui que maints aliénistes admettent comme résultant de certaines modifications pathologiques : ulcérations, catarrhe, métrites, etc. (Mayer, Ball, Ventnrini.)

Dr Nicoulau.

Paranoia affettiva ; ruminazione erotica ; sitofobia grave (Délire systématisé primitif ; rumination érotique ; sitiophobie grave); par le Dr Antonini, médecin de l'asile de Bergame. 1892.

Le sujet de cette observation est un prêtre de trente ans, issu d'une famille très pieuse, et, dès son bas âge, destiné au sacerdoce. Pas d'aliénés parmi les ascendants. Le père est d'humeur sombre, la mère migraineuse. Au séminaire, V... se montra élève médiocre, quoique laborieux, et puisa dans ce milieu des idées de chasteté, qu'il exagéra au point de se refuser aux baisers de sa mère. D'intelligence bornée, son développement intellectuel fut des plus restreints ; sa ferveur, en revanche, touchait au mysticisme et sa foi à la crédulité puérile. Soldat à vingt ans, l'existence de la caserne lui fut des plus pénibles ; tout le choquait, chez ses camarades de chambrée, paroles et actes ; puis, la nécessité de se déshabiller en public, les occasions trop fréquentes de montrer ou d'apercevoir involontairement certains organes considérés par lui comme immondes, l'impossibilité de se livrer, en de pareilles conjonctures, à ses chères pratiques religieuses, constituaient pour V... de sérieux désagréments ; de là une inquiétude incessante, un mal-être paroxystique, une aggravation de cette pudibonderie maladive, déjà si développée. La vue d'une femme enceinte le dégoûte, les chansons d'amour lui font honte ; et, cependant, il est poussé à caresser de l'œil la première, à fredonner les autres. Ses tendances à l'exagération vont plus loin : qu'un officier lui adresse une observation, et le soldat en a pour plusieurs jours à se remettre, son esprit ampli-

fiant du même coup la gravité de la faute commise et la portée du reproche encouru.

Son congé terminé, V... rentre au séminaire et, peu après, est ordonné prêtre. Dans les différents postes qu'il occupe, il ne voit qu'un ennemi à combattre en lui et autour de lui : le démon de la chair. Toutes ses préoccupations, toutes ses pensées ont une fin ou une origine sexuelle ; il y oppose les lectures pieuses, les macérations, le jeûne, la prière. Ainsi atteint-il le mois de septembre 1889. A cette époque, consécutivement à une maladie de son père, il tombe dans un état de malaise continu ; il devient triste, accuse des sensations vagues, de nature douloureuse, et a des pollutions nocturnes. De là des doutes, des scrupules, de l'angoisse, etc. Enfin, vers Noël, un fait insignifiant détermine un accès d'agitation qui dure cinq à six jours. Des sédatifs et la saignée remettent V... dans son état habituel ; mais, à quelque temps de là, causant avec une personne qui vient à prononcer le mot *hermaphrodite*, le prêtre demande des explications circonstanciées sur ce terme, dont il connaît imparfaitement la valeur ; à peine les a-t-il qu'il s'écrie : « Mais alors, moi aussi, je suis hermaphrodite ! » C'est en vain qu'un médecin, consulté par lui, déclare formellement qu'il n'en est rien : V... n'en persiste pas moins à nourrir ce concept nouveau et tombe, deux mois plus tard, dans une deuxième crise d'agitation anxieuse qui le conduit, cette fois, au manicome de Bergame.

Là, ne tardent pas à l'assaillir des scrupules, sur la nature desquels il refuse de s'expliquer ; il réclame un prêtre, l'évêque, la curie entière. Il faut insister beaucoup pour le faire s'alimenter. Pollutions nocturnes. Il croit constater que ses organes génitaux sont ceux d'un hermaphrodite ; il entend retentir un cornet « qui lui reproche sa faute. » Il se défend d'avoir eu conscience de sa difformité, quand il fut ordonné prêtre ; c'est depuis, seulement, que, se palpant l'anus, il a compris que cet orifice s'était modifié en manière de vulve. Insomnie, agitation, anxiété consécutives. Il rappelle en gémissant toutes les occasions qu'il a eues, enfant, adolescent ou adulte, d'entrevoir des organes féminins, les lectures qui ont troublé ses sens, les luttes journalières soutenues par lui contre l'instinct sexuel, etc... Puis, lui reviennent en mémoire des paroles obscènes, entendues il y a des années ; il les répète ; il équivoque, en outre, dans le même esprit, sur les noms de ses coséquestrés ; il remanie ces noms et en modifie la forme jusqu'à ce qu'il leur ait trouvé une signi-

fication graveleuse. Vers le même temps, il croit avoir vu son père dans l'enceinte de l'asile ; il se dit poursuivi par trois factions conjurées contre lui, il met en doute sa propre existence. Un peu plus tard, il refuse absolument toute nourriture liquide ou solide ; idées d'indignité, de sacrifice ; il offre à Dieu ses douleurs, demande à vivre de racines et d'herbes dans un désert, se fait apporter quelquefois un verre de lait ou de vin, que, par un raffinement de pénitence, il flaire ou goûte et, ensuite, verse à terre. Le malade est nourri à la sonde naso-pharyngienne, de septembre 1890 à janvier 1891 ; vers la fin, il porte les aliments à sa bouche, les mastique lentement, puis les rejette ; en cachette, il dérobe à ses voisins des vivres dont il use de même façon. Dans le courant du mois, on cesse de le sonder, et, après un jeûne de vingt-quatre heures, V... se décide à manger spontanément. Dans l'intervalle, le délire s'est modifié : les idées tristes ont disparu, des conceptions mégalomaniaques se font jour : V... est sûr d'aller en paradis ; il se demande s'il n'est pas immortel ; il prêche la guerre sainte en faveur du pouvoir temporel et se fait fort de la mener à bonne fin, etc. Attitude orgueilleuse, yeux brillants, gestes tragiques. Les idées de persécution subsistent néanmoins ; mais ce sont des notabilités du clergé qui lui en veulent maintenant ; et V..., qui réagit, les poursuit de ses menaces.

L'auteur donne en ces termes la raison qui l'a porté à publier cette observation : « J'ai cru trouver chez mon malade l'influence nettement marquée d'un état émotif originel ; ce qui lui assignerait une place parmi les formes mixtes de *paraphrénies* affectives et intellectuelles, auxquelles Tanzi et Riva, sans en avoir fourni pourtant d'exemples typiques, accordent les caractères d'une entité clinique déterminée. »

Dr Nicolau.

Allucinaçoes e illusoes (Hallucinations et illusions) ; par Jules de Mattos, médecin-adjoint de l'asile « Comte de Ferreira ». 1 vol. in-12, Saint-Paul, 1892.

Cet ouvrage, dédié par l'auteur aux étudiants portugais et brésiliens, est un exposé critique des vues et des théories en cours sur la question qui lui sert de titre. Il comprend cinq chapitres, précédés d'une courte préface et suivis d'un index bibliographique. Notons, en passant, que les noms le plus fré-

quemment inscrits à ce dernier sont ceux d'aliénistes français; notre littérature médicale est familière — nous dirions même chère — à M. de Mattos, qui fait, d'ailleurs, partie de la Société médico-psychologique.

I. Définition et divisions; — II. Étiologie; — III. Théories pathogéniques; — IV. Fréquence et valeur clinique; — V. Médecine légale; — tels sont les points successivement examinés; nous nous bornerons à signaler ce qu'ils contiennent d'original ou de saillant.

I. — L'auteur établit que l'existence d'une hallucination n'implique pas, de la part de celui qui en est victime, la *croyance* à sa réalité objective; car, il est des hallucinations compatibles avec la santé mentale et dont triomphe le raisonnement, d'autres même qui sont volontaires. C'est, au contraire, l'incapacité de correction et la foi du sujet dans ce trouble sensoriel qui caractérisent l'état délirant; il ne serait donc pas juste de dire que l'hallucination est pathognomonique du type morbide Folie, comme la toux l'est d'une affection pulmonaire. La définition de Ball est à retenir sous sa forme discrète : L'hallucination est une perception sans objet. D'autre part, quoi qu'on ait dit, l'hallucination, même corrigée, même volontaire, est *toujours* l'indice d'un trouble plus ou moins profond des fonctions cérébrales.

Quant aux *illusions*, une partie des considérations précédentes leur est applicable (illusions avec ou sans conscience); il y a lieu de remarquer, en outre, combien est grande la difficulté qu'on éprouve à les différencier, chez certains aliénés, des hallucinations proprement dites; c'est, surtout, dans le domaine de la sensibilité générale, et en ce qui concerne le goût et l'odorat, qu'une semblable distinction rencontre les plus sérieux obstacles.

Restent les *hallucinations psychiques* de Baillarger. L'auteur, qui les a longtemps regardées comme de simples obsessions, y voit aujourd'hui les effets « d'une reviviscence pathologique des images d'articulation, élément sensoriel d'où elles procèdent ».

II. — D'accord avec Baillarger sur les conditions propres à l'apparition des phénomènes hallucinatoires, M. de Mattos admet, en outre, que la prédominance de tel ou tel de ces phénomènes, chez un sujet donné, tient à ce que celui-ci doit être soit un *visuel*, soit un *auditif*, selon le cas.

III. — Revision critique des théories psychique, sensorielle,

et psycho-sensorielles. Entre ces dernières, l'auteur donne la préférence à l'hypothèse corticale (Tamburini) sur celle dite ganglionnaire (Luys et Ritti).

IV. — Examen des cas morbides où se rencontrent le plus fréquemment les troubles en question. Analyse des conditions et des aspects selon lesquels ils se présentent dans les diverses psychoses. Discussion du pronostic.

V. — Étude rapide de quelques faits caractéristiques, au point de vue du code portugais ; accessoirement, comparaison entre celui-ci et les législations anglaise, française et italienne. La responsabilité limitée n'est pas admise en Portugal ; le médecin doit déclarer sans ambages que le prévenu est ou n'est pas fou. La loi se prononce d'une manière absolue, suivant la réponse.

Dr Nicoulau.

A primer of psychology and mental disease (Premiers éléments de psychologie et de médecine mentale) ; par le Dr C. Burr, medical superintendent de l'asile d'Eastern Michigan. 1 vol. in-12, George S. Davis, Détroit, Michigan, 1894.

Les lecteurs des *Annales* connaissent le Dr C. B. Burr, qui, pendant quelques années, a envoyé de très intéressantes *Lettres d'Amérique*. Il vient de publier le petit livre que nous présentons et qui, croyons-nous, est une innovation dans son genre. Ce livre est destiné surtout aux infirmiers des asiles d'aliénés ; il a pour but de leur faire connaître sommairement, aussi sommairement que possible, la nature des maladies dont ils sont appelés à s'occuper, et de leur indiquer, plus complètement, quelle doit être leur conduite à l'égard des malades.

Si nous avions un reproche à faire à l'auteur, ce serait d'avoir mis dans son livre son premier chapitre qui traite de psychologie pure. Qu'importe aux infirmiers de savoir quels sont les attributs de l'intelligence, comment se forment les opérations de l'esprit, quels rapports il y a entre la sensation, la perception et l'acte de volonté et plusieurs autres particularités du même genre. Nous croyons d'ailleurs qu'un bien petit nombre de nos infirmiers sont capables de s'élever jusqu'à des notions de ce genre, si élémentaires qu'on les présente. Mais, à ce point de vue, nous avons peut-être tort d'établir une comparaison entre les infirmiers américains et les nôtres.

Si le premier chapitre nous semble un hors-d'œuvre, les deux autres, surtout le dernier, nous paraissent excellents.

Le deuxième contient quelques indications sur les causes les plus habituelles de la folie et une courte description de chacune des formes les plus habituelles de maladie mentale. L'auteur y a évité avec grand soin la moindre discussion de doctrine; pour chaque maladie tout se borne à la définition et à une rapide énumération des symptômes. Les médecins les plus expérimentés pourraient trouver là un excellent aide-mémoire.

Le troisième chapitre s'occupe, non pas du traitement, mais des moyens de traiter les malades et de se comporter à leur égard. Il est plein de conseils excellents, et présentés parfois sous une forme aphoristique qui ne peut que les mettre mieux à la portée de ceux à qui ils sont destinés. Voici, entre autres, un de ces aphorismes : « *Évitez de parler trop aux malades, écoutez leurs réclamations raisonnables, tâchez d'y donner une satisfaction judicieuse et exécutez ce que vous avez promis.* » Le premier devoir de ceux qui soignent les aliénés, c'est de tâcher d'obtenir leur guérison et, pour y arriver, il faut d'abord surveiller trois points : rétablir la santé générale, corriger les habitudes mauvaises, empêcher les impulsions morbides. Le livre entre alors dans des développements assez complets sur la manière de faire manger les malades et de leur faire prendre les médicaments; sur l'importance qu'il y a de les tenir toujours propres et bien habillés, de leur faire prendre de l'exercice, de les occuper, de les distraire. La nécessité d'empêcher les impulsions dangereuses oblige quelquefois à faire usage de moyens de contrainte dont le Dr Burr admet avec raison l'emploi, mais que les infirmiers ne doivent appliquer que sur ordre du médecin. Ils doivent d'ailleurs bien comprendre que si les malades confiés à leurs soins doivent être parfois mis dans l'impuissance de nuire, ils ne doivent jamais être punis des actes nuisibles qu'ils ont pu commettre.

Ce que nous venons de dire nous paraît suffisant pour montrer la portée et l'intérêt du livre du Dr Burr. Ce livre est bien écrit, clairement présenté, et ne peut rendre que des services. Si nous avions en France des écoles d'infirmiers analogues à celles qui ont été créées en maint endroit des États-Unis, nul doute qu'un manuel de ce genre, ou mieux une traduction de celui-ci, n'y fût un excellent instrument d'éducation professionnelle.

Victor PARANT.

Report of a case of syringomelia, with exhibition of sections of the spinal cord, read before the College of Physicans of Philadelphie, February 1st 1893, (Observation de syringomyélie, avec présentation des coupes de la moelle, présentée devant la Société médicale de Philadelphie le 1er février 1893) ; par le Dr James Hendric Lloyd. Philadelphie, 1893.

Après un court historique l'auteur se demande si la classification des symptômes faite par Charcot est toujours exacte. Il doute que les symptômes de sclérose latérale soient toujours secondaires et que l'atrophie musculaire prenne nécessairement le type Aran-Duchesne ; chez le malade qu'il présente, l'atrophie était spasmodique et plus spécialement d'un côté.

Observation. — E. B... est âgé de trente et un ans. Antécédents héréditaires négatifs. Pas d'alcool ou de syphilis. Début par un gonflement du cou-de-pied qui fut regardé comme rhumatismal.

Symptômes moteurs. — Atrophie musculaire spasmodique (sclérose latérale amyotrophique) plus marquée dans les muscles de l'épaule et du bras, surtout du côté droit. Réflexes exagérés. Jambes contracturées et spasmodiques.

Sensibilité. — Type de dissociation symptomatique de la syringomyélie: thermo-anesthésie en différents points, analgésie aux mêmes points, hyperesthésie en d'autres, troubles plus marqués du côté gauche.

Scoliose de la région cervicale avec torticolis.

Désordres trophiques. — Cou-de-pied droit hypertrophié avec arthropathie. Ongles des orteils déformés. Macules pigmentaires sur les jambes. Pas de symptômes bulbaires ni mentaux. Pas de symptômes oculo-moteurs. Vessie et intestins fonctionnent normalement. Cœur rapide, température parfois élevée.

Mort à la suite de pneumonie.

Autopsie. — Moelle cervicale élargie et aplatie comme un ruban. A la section, large cavité occupant la région cervicale et descendant bien bas dans la région dorsale, plus marquée du côté droit.

Les coupes démontrent l'existence d'un gliome à différentes périodes de son évolution. Dans la région lombaire, le processus est encore à son début ; dans la région dorsale, il est mieux délimité, et dans la région cervicale la cavité est formée et très étendue. Suivent les détails histologiques.

Dr Journiac.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Etudes d'esthétique scientifique. La Renaissance du drame lyrique, 1600-1876. Essai de dramaturgie musicale ; par A. Regnard, 1 vol. in-12 de 152 pages. Paris, Fischbacher, 1894.

— Traité des maladies mentales ; par le Dr H. Dagonet avec la collaboration des Drs J. Dagonet et G. Duhamel. 3e édition. 1 vol. in-8° de 856 pages avec 42 photogravures en couleur et une carte des asiles d'aliénés. Paris, J.-B. Baillière, 1894.

— Neurologische Beiträge (Contributions neurologiques) ; par P.-J. Möbius. 2 vol. in-8°. Leipzig, Ambr. Abel, 1894.

— Sur un cas d'hystérie à forme particulière ; par R. Lépine. 16 pages in-8°. Extrait de la *Revue de médecine*, numéro du 10 août 1894.

— Végétations adénoïdes et dégénérescence ; par les Drs E. Régis et E.-J. Moure. Extrait du *Journal de médecine de Bordeaux*, 1894.

— Zur diagnostischen Bedeutung des Achillessehnenphänomens (De la signification diagnostique du phénomène du tendon d'Achille) ; par le professeur Th. Ziehen. 16 pages in-8°. Extrait du *Deutschen medicinischen Wochenschrift*, 1894, nos 33 et 34.

— Aertztliches Gutachten über einen forensischen Fall von progressiver Muskelatrophie (Consultation médicale sur un cas légal d'atrophie musculaire progressive) ; par le professeur Th. Ziehen. 20 pages in-8°. Extrait du *Vierteljahrschrift f. gerichtl. Medicin und öffentliches Sanitätswesen* VIII, 2.

— Rapport sur les vingt-cinq années d'existence de la Société de médecine mentale de Belgique, présenté dans la séance du 29 septembre 1894 ; par le Dr Xavier Francotte. 20 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1894.

— Les incendiaires en Savoie au point de vue médico-légal. Etude sur la démence légale ; par le Dr Jules Dumaz, directeur-médecin en chef de l'asile de Bassens. 31 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, novembre-décembre 1894.

— Surdi-mutité hystérique guérie par suggestion à l'état de veille ; par le professeur X. Francotte. 7 pages in-8°. Extrait des *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, 1894.

— Observation pour servir à l'histoire du délire des négations ; par le Dr Francotte. 13 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1894.

— Napoleone. Una pagina storico-psicologica del genio (Napoléon. Une page de l'histoire psychologique du génie) ; par

Augusto Tebaldi, professeur à l'Université de Padoue. 1 vol. in-12 de 168 pages, avec 2 planches. Padoue, Angelo Draghi, 1895.

— L'assassinat du président Carnot. Les principales circonstances du fait. Rapport médico-légal. Procès. Les derniers moments de Caserio, etc.; par A. Lacassagne, professeur de médecine légale à la Faculté de Lyon. 1 vol. in-8° de 111 pages, avec dessins, portraits et planches en couleur. Paris, G. Masson, 1894.

— Etudes de psychologie sociale. La folie criminelle; par le Dr J. Luys. 11 pages in-8°. Extrait des *Annales de psychiatrie et d'hypnologie*, octobre 1894.

— Discours prononcé à la séance d'ouverture du IIe Congrès du patronage des libérés (session de Lyon. Juin 1894); par le Dr Lacassagne. 8 pages in-8°. Lyon. Imprimerie Storck, 1894.

— Essai sur la neurasthénie et la mélancolie dépressives considérées dans leurs rapports réciproques; par le Dr François Boissier. 95 pages in-8°. Paris. G. Steinheil, 1894.

— Sulla alimentazione degli alienati sitofobi (De l'alimentation des aliénés sitiophobes); par le Dr Giuseppe Antonini, du manicome de Bergame. 5 pages in-8°. Turin, 1894.

— La confusion mentale; par le Dr Henri Hannion. 124 pages in-8°. Paris, G. Steinheil, 1894.

— Hérédité vésanique et syphilis acquise alléguées, responsabilité du prévenu; par le Dr Samüel Garnier. 17 pages in-8°. Extrait de la *Bourgogne médicale*, 1894, nos 3 et 4.

— Asile de Maréville. Rapport médical de la division des femmes pour l'année 1893; par le Dr A. Paris, médecin en chef. 23 pages in-8°. Nancy, 1894.

— L'assistanec des alcooliques en Suisse, en Allemagne, en Autriche. Création d'un asile spécial d'alcooliques dans le département de la Seine; par le Dr Paul Sérieux, médecin-adjoint de l'asile de Villejuif, 1 vol. in-8° de 163 pages. Montévrain. Imprimerie de l'Ecole d'Alembert, 1894.

— Due gozzuti cretinosi criminali (Deux crétins goitreux criminels); par le Dr Antonini. 8 pages in-8°. Extrait de l'*Archivio di psichiatria, scienze penali et antropologia criminale :* Vol. XV. Fase. VI, 1894.

— Sur les centres optiques cérébraux; par le Dr S. E. Heuschen, professeur de médecine interne à Upsal (Suède). 16 pages in-8°. Extrait de la *Revue générale d'ophtalmologie*, 1894, n° 8.

— Le délire des négations; par le Dr J. Séglas. 1 vol. in-12 (234 pages), de l'*Encyclopédie des aide-mémoire*. Paris, G. Masson, s. d.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du* 5 *mars* 1895 : M. le Dr Croustel, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Paris du 4 juin 1894), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure), et placé dans la 2e classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du* 12 *mars* 1895 : M. le Dr Pécharman, médecin-adjoint de l'asile de Lafond, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise).

— *Arrêté du* 13 *mars* 1895 : M. le Dr Camuset, directeur-médecin de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir) et M. Barroux, directeur de l'asile de Villejuif (Seine), sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (8,000 fr.).

— *Arrêté du* 6 *avril* 1895 : M. le Dr Dupain, médecin-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.).

— *Arrêté du* 16 *avril* 1895 : M. Bezombes, ancien sous-préfet, est nommé directeur de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), et placé dans la 2e classe de son grade (6,000 fr.);

M. Tondu, directeur de l'asile Saint-Pierre, à Marseille, est nommé directeur de l'asile de Villejuif, en remplacement de M. Barroux, décédé;

M. Bresson, directeur de l'asile de Montdevergues, est nommé directeur de l'asile Saint-Pierre, à Marseille.

NÉCROLOGIE

Dr Calmeil. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du doyen des aliénistes français; le Dr Calmeil est décédé à Fontenay-sous-Bois, le 11 mars 1895, dans sa quatre-vingt-dix-septième année.

Calmeil, Louis-Florentin, naquit à Poitiers le 9 août 1798. Il commença ses études médicales à l'Ecole préparatoire de médecine de sa ville natale, et vint les compléter à Paris. Nommé externe des hôpitaux, il fut successivement attaché au service de Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu, et, à la Salpêtrière, à

celui de Rostan. C'est auprés de ce dernier maître, si bienveillant pour ses éléves, qu'il prit le goût des recherches anatomo-pathologiques et de l'étude des maladies du systéme nerveux. Le 14 avril 1823, il entra à la maison de Charenton en qualité d'interne en chirurgie (1); il n'avait pas encore vingt-cinq ans, il resta désormais attaché á cet établissement qu'il devait illustrer par ses travaux, passant par des grades divers avant d'arriver au premier. Le 1er janvier 1824, il fut nommé premier élève en médecine, et entra dans le service de Royer-Collard. Six mois après, le 17 juin, il soutenait sa thèse de doctorat; il avait pris pour sujet : *De l'épilepsie étudiée sous le rapport de son siège et de son influence sur la production de l'aliénation mentale.* Quoique docteur, il conserva sa situation d'élève en médecine : elle lui procurait la facilité de continuer ses recherches anatomo-pathologiques sur les aliénés, qui lui permirent, sous la direction de son chef de service, d'apporter une des contributions les plus importantes à l'étude de la paralysie générale. C'est en 1826 qu'il publia le résultat de ses patientes investigations, dans un volume, plein de faits et d'idées, qu'il intitula : *De la paralysie considérée chez les aliénés.*

L'année suivante, le 16 juin, il fut nommé inspecteur médical de la maison de Charenton. Cette nouvelle situation, en lui assurant l'existence, lui permit de se livrer tout entier aux études qui lui étaient chères, aux recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la folie et les autres maladies du système nerveux. Il devint un des principaux collaborateurs du *Dictionnaire* en trente volumes, dont la publication commença en 1832, et en rédigea presque tous les articles relatifs á l'aliénation mentale et aux maladies de l'encéphale et de la moelle épinière.

Tous ces travaux, si importants, avaient acquis à Calmeil une réputation justement méritée; il avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur, et á la mort d'Esquirol, en décembre

(1) Dans sa notice à la fois si intéressante et si pleine de cœur qu'il a consacrée à son ancien maître, dans le numéro de janvier 1895 des *Archives de neurologie*, M. le Dr Bihorel dit que Calmeil « nommé interne des hôpitaux, fut envoyé à Charenton dans le service de Royer-Collard ». Il y a là une double erreur : d'abord, Calmeil n'a jamais été nommé interne des hôpitaux, ainsi qu'on peut s'en assurer en consultant l'*Annuaire de l'internat*; puis, comme nous le disons plus haut, il entra à la maison de Charenton, en qualité d'interne en chirurgie, dans le service du Dr Deguise, chirurgien de l'établissement. Ce n'est que trois ans après qu'il devint *premier élève* en médecine et fut attaché au service de Royer-Collard.

1840, il semblait désigné pour succéder à son illustre maître. Foville père obtint ce poste, et Calmeil, le 27 mars 1841, fut nommé son médecin-adjoint. Il ne se laissa pas abattre par cette déconvenue, et trouva la résignation dans le travail, un travail acharné, car il avait entrepris l'étude historique de la folie pendant les derniers siècles. Il la mena à bon terme, et en 1845, publia cette œuvre monumentale, d'une érudition qui n'a pas été dépassée, intitulée : *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire, depuis la Renaissance des sciences en Europe jusqu'au* XIX^e^ *siècle.*

A la Révolution de 1848, Foville père, que des relations anciennes attachaient à la dynastie tombée, fut révoqué, et le service fut divisé : le D^r^ Archambault devint médecin en chef de la division des hommes, Calmeil de celle des dames. La nomination est datée du 22 août 1848. Archambault ayant, quelques années après, pris la direction de la maison de santé privée du D^r^ Belhomme, Calmeil fut nommé médecin en chef de la maison de Charenton, le 6 août 1852. Il conserva ce poste important pendant près de vingt ans, jusqu'au jour de sa retraite, le 1^er^ mai 1872.

Il devait mettre le sceau à sa réputation scientifique par la publication de cet important *Traité des maladies inflammatoires du cerveau* (1859), œuvre qui est devenue classique et qui marque une date dans l'histoire de la pathologie du système nerveux. En reconnaissance des services qu'il avait rendus à la science ainsi qu'à la maison de Charenton, la Commission administrative sollicita pour Calmeil sa promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur ; cette récompense lui fut décernée en 1859.

Peu avant la guerre de 1870, Calmeil s'était construit, à Fontenay-sous-Bois, une villa qu'il avait aménagée selon ses goûts. C'est là qu'il se retira lorsque l'heure de la retraite eût sonné. Il y vécut, pendant près de vingt-trois ans, entouré des soins dévoués et affectueux de la digne compagne de sa vie. Il conserva jusqu'à ses derniers jours la complète lucidité de son esprit ; il adorait la lecture et charmait ses loisirs en relisant ses auteurs préférés, en particulier les écrivains du XVIII^e^ siècle.

Mais si l'âge n'avait pas porté atteinte à l'activité de son cerveau, on ne pouvait en dire autant de ses forces physiques. Il passa ses dernières années dans son fauteuil, ne pouvant plus faire que quelques pas dans sa chambre. Néanmoins, ceux qui l'approchaient, constatant l'excellence de sa santé, son intelligence toujours en éveil, lui promettaient la longévité de Fontenelle, de Chevreul ; mais il devait éprouver, avant l'âge auquel sont arrivés ces illustres savants, *cette difficulté d'être*, dont a

parlé l'un d'eux. « On a besoin de se reposer de la vie comme d'un travail que les forces ne sont plus en état de prolonger », a dit quelque part Cabanis. L'heure de ce repos sonna pour notre illustre et vénéré maître, presqu'au seuil de la centième année, après une longue existence de labeur, tout entière consacrée à la science et à l'humanité. Il s'éteignit lentement, « goûtant la mort comme un doux sommeil ».

Trois semaines après, le 2 avril, Mme Calmeil rejoignait dans sa tombe celui dont son dévouement affectueux et ses soins si touchants avaient prolongé les jours : sa tâche était terminée.

A. R.

Les obsèques de M. Calmeil eurent lieu le 14 mars 1895, en l'église de Fontenay-sous-Bois, d'où son corps fut transporté au cimetière de Saint-Maurice, dans un caveau de famille.

Deux discours ont été prononcés sur sa tombe : l'un par M. Christian, au nom du corps médical de la Maison de Charenton ; l'autre, par M. Ritti, au nom de la Société médico-psychologique. Voici ces deux discours :

Discours de M. le Dr CHRISTIAN, *au nom du corps médical de la Maison nationale de Charenton.*

Messieurs, il y a quelques semaines à peine, je lisais dans un Recueil de médecine une biographie du Dr Calmeil. L'auteur, un de ses anciens internes, qui l'avait beaucoup connu et qui savait l'apprécier, avait été frappé de la verdeur d'intelligence, de la lucidité d'esprit, qu'il gardait malgré ses quatre-vingt-seize ans passés. Il espérait que nous pourrions fêter son centenaire. Nous l'espérions tous, car nous savions de quels soins affectueux le noble vieillard était entouré. Nous savions que, depuis que l'âge était venu avec ses infirmités inévitables, une compagne dévouée cherchait, avec une sollicitude qui ne s'est jamais ralentie, à lui rendre la vie douce et facile, à écarter tout ce qui aurait pu troubler la quiétude de ses dernières années.

Le Dr Calmeil est né le 9 août 1798, troisième fils d'une famille qui devait se compléter par la naissance de trois filles. Il eut le bonheur d'avoir un père qui attachait une grande importance à l'éducation de ses enfants ; à l'âge de neuf ans, il fut envoyé à Poitiers, avec son frère âgé de treize ans, tous deux sous la surveillance et la tutelle d'une vieille domestique : ils devaient y poursuivre leurs études classiques. Tandis que l'aîné se destina au droit, Calmeil se passionna dès la première heure pour les sciences naturelles. A son professeur de philosophie qui lui demandait quelle carrière il voulait embrasser, il répondit sans hésiter : « Je serai botaniste ! »

Il est bien rare que les vicissitudes de la vie ne viennent pas à l'encontre des rêves de nos jeunes années. Calmeil ne devint pas botaniste, il devint médecin, et là encore sa destinée se fit sous l'empire de circonstances imprévues. Il était externe dans le service de Dupuytren, quand un jour, ayant frôlé le lit d'un malade nouvellement opéré, le Maître lui saisit rudement le bras, le secoua brutalement, et lui inspira une terreur telle que l'élève demanda et obtint son changement : il fut envoyé à la Salpêtrière dans le service de Rostan, et de là à Charenton, comme interne dans le service de Royer-Collard.

De ce jour, sa carrière était tracée. Une fois entré à Charenton, Calmeil n'en sortit plus : pendant plus de cinquante ans, comme interne, comme inspecteur, comme médecin-adjoint, enfin comme médecin en chef, il s'acquitta, avec un zèle et une exactitude remarquables, des tâches qui lui furent successivement confiées.

Sa vie s'écoula calme et sereine : quand il en avait fini avec ses devoirs professionnels, il se retirait dans une petite cabane, sorte d'ermitage qu'il s'était ménagé dans les jardins de l'établissement, et là il se livrait à un travail acharné. Vraie vie de bénédictin, dont n'ont jamais pu le détourner les succès de la clientèle, ni même la notoriété que lui avaient attirée ses travaux. Le seul délassement qu'il se permît, c'était la botanique, cette science à laquelle il aurait voulu se vouer tout entier, et qui resta l'amie fidèle de toute sa vie, la consolatrice dans les heures douloureuses.

D'autres diront quelle place importante Calmeil occupe dans notre science. Avec lui disparaît le dernier représentant de cette période héroïque, où tout était à créer, et où, grâce à un assemblage de maîtres comme peut-être nous n'en verrons plus réunis, tout fut créé. Calmeil aura une belle part dans cette œuvre : il a aidé à faire connaître la paralysie générale que Baillarger appelait la grande découverte du siècle : il a écrit l'histoire de cette sombre période du moyen âge où les aliénés, considérés comme sorciers, étaient livrés au bourreau. Il a été l'un des premiers, sinon le premier, à se servir du microscope dans la recherche des lésions cérébrales. Ces travaux, pour ne parler que de ceux-là, suffiront à perpétuer son nom.

Pour moi, je viens lui faire les adieux du service médical et de l'administration de Charenton, mais je voudrais en terminant, vous retracer le portrait que traçait de lui, en 1867, un de nos collègues depuis longtemps disparu :

« Allez à Charenton, dit-il, à la visite du matin : vous verrez un frêle vieillard, plein de sérénité, alliant la douceur des formes à la gravité de l'esprit, en imposant au furieux, stimulant à point l'apathique, commandant à tous le respect, et dont

la science dispute le pas à la modestie. Vous le verrez, trois heures durant, suivi de son cortège attentif, parlant peu mais avec sagesse ; souriant à l'un, sévère pour l'autre, toujours bienveillant, changeant de ton ou de physionomie selon ceux auxquels il s'adresse (1). »

Tel est le souvenir que Calmeil laissera à ceux qui l'ont connu. Adieu, cher Maître, repose en paix. Ta mémoire ne périra pas, elle est de celles qui ne peuvent que gagner avec le temps.

Discours de M. le D^r Ant. Ritti, *au nom de la Société médico-psychologique.*

Messieurs, c'est pour moi un grand mais douloureux honneur d'être, au bord de cette tombe, l'interprète des regrets et, aussi, de l'admiration de la Société médico-psychologique pour le savant illustre, l'aliéniste éminent qui vient de s'éteindre après une longue existence, toute de travail, de probité et d'honneur professionnel.

La vie de Calmeil s'est déroulée avec cette simplicité, cette uniformité, qu'on aime à trouver chez l'homme de labeur qui s'est assigné une tâche et ne s'en laisse détourner ni par les distractions du monde, ni par les sollicitations ambitieuses. Dès le jour où il entra à la Salpêtrière comme externe de Rostan, il trouva sa voie et jamais, depuis, on ne l'en vit dévier. Pendant plus de cinquante ans, soit dans le grand hospice où il avait fait ses débuts, soit à la Maison nationale de Charenton où il resta jusqu'à l'heure de la retraite, il consacra tout son temps, toute son activité, avec une ardeur et une ténacité sans égales, à l'étude des problèmes si ardus, si délicats, en même temps que très attachants, que soulève la médecine mentale et nerveuse. Cette poursuite constante, infatigable de la vérité, lui procura les plus douces jouissances que savant puisse désirer : il fit une riche moisson de découvertes dans le domaine scientifique qu'il explorait avec tant de patience et de sagacité.

En 1824 — il avait alors vingt-six ans — dans sa thèse de doctorat, si remarquable à tant de titres, sur l'*épilepsie étudiée sous le rapport de son siège et de son influence sur la production de l'aliénation mentale*, il décrivit le premier, en lui donnant le nom qu'elle a d'ailleurs conservé, cette succession non interrompue d'attaques convulsives, pouvant dépasser soixante, cent l'une à peine finie qu'une autre recommence. Cet *état de mal* a

(1) Berthier. *Excursions scientifiques dans les asiles d'aliénés*, 4^e^ série, Paris, 1867, p. 78.

été plus intimement étudié par les récents observateurs ; mais c'est Calmeil qui l'a nettement séparé des autres formes de l'épilepsie et décrit, succinctement peut-être, mais avec la plus grande exactitude.

Lorsque la médecine mentale, trop à l'étroit dans le domaine exclusivement psychologique que lui avaient assigné Pinel et Esquirol, agrandit le terrain de ses études par les recherches anatomo-pathologiques, Calmeil fut un des premiers à s'engager dans la nouvelle voie. Le nombre est incalculable des autopsies qu'il pratiqua pendant la longue période de son activité scientifique : il y apportait un soin, une exactitude, une précision, en un mot, cette probité sévère, qui est la grande vertu du savant.

Il recueillit ainsi une des plus riches collections de documents anatomo-cliniques, matériaux précieux qui servirent à l'édification de deux ouvrages d'une importance capitale : le livre sur la *Paralysie considérée chez les aliénés* et le *Traité des maladies inflammatoires du cerveau.* Ce n'est pas le lieu de rechercher l'influence de ces œuvres sur le progrès de notre science ; qu'il nous suffise de dire qu'elle fut réelle et durable. Certes, dans cet incessant mouvement en avant qui caractérise notre époque, les procédés de recherche se sont accrus, la technique a gagné en précision, et les doctrines se sont transformées ; mais nous ne devons pas oublier les noms de ceux qui ont ouvert la voie et permis à leurs successeurs de défricher des terres inconnues.

Calmeil est au nombre de ces initiateurs : il a porté aussi loin qu'il était possible de son temps l'anatomie pathologique de l'encéphale ; avec Delaye et Bayle, il partage la gloire de la découverte et de la description de la paralysie générale, une des plus grandes acquisitions médicales du siècle.

Outre ces recherches d'amphithéâtre et de laboratoire, et lorsque les absorbantes occupations d'un grand service clinique d'aliénés le lui permettaient, Calmeil se consacrait volontiers à des travaux de cabinet. Il fut un des collaborateurs les plus assidus du *Dictionnaire* en trente volumes, dont il rédigea presque tous les articles de médecine mentale. Mais, dans cet ordre d'études, qui ne connaît cette remarquable histoire des épidémies de folie pendant les quatre derniers siècles, véritable monument, dont on ne sait ce qu'il faut admirer le plus, de la patience de l'érudit, ou de la simplicité de la narration ? Le récit des faits les plus abominables que l'histoire ait à enregistrer se développe sous nos yeux en une série de tableaux cliniques, sous forme de procès-verbaux, sans aucun ornement de style ; à peine si, de temps à autre, un cri d'horreur et d'indignation échappe à l'écrivain après le compte rendu d'une de ces hécatombes de sorciers, de démonopathes et autres aliénés

hystériques, immolés par le fanatisme et l'ignorance. De conclusion philosophique l'auteur n'en tire point non plus; mais combien, après les étapes douloureuses auxquelles on s'arrête avec lui, l'esprit se repose avec satisfaction sur le temps présent ! Grâce au progrès de la science et de l'humanité, qu'il y a loin des bûchers des siècles passés aux asiles d'aliénés d'aujourd'hui !

Calmeil avait bien gagné le repos qu'il prit en 1872; il se retira à Fontenay sur la lisière de ce bois de Vincennes où il aimait tant à herboriser, dont il connaissait la flore en botaniste émérite. Il vivait en paix dans cette charmante retraite, au milieu de ses livres, de son herbier créé avec amour, entouré des soins affectueux et dévoués de la digne compagne de sa vie. Il ne venait plus que très rarement à nos réunions, non pas qu'il se désintéressât de la science qu'il avait cultivée avec tant de succès, mais son grand âge le forçait à se ménager.

Un jour cependant il voulut bien sortir de cette sage réserve. C'était au Congrès international de médecine mentale de 1878. Nommé président d'honneur il vint assister à la première séance. A son entrée tous les assistants se levèrent et la salle retentit d'applaudissements répétés. Calmeil fut profondément ému de cette manifestation sympathique si spontanée qui s'adressait au savant illustre, au doyen des aliénistes français. Pour nous, les jeunes d'alors, nous nous inclinions avec respect et déférence devant ce vieillard, modeste et timide, l'un des plus distingués représentants de la grande période de la médecine mentale française du siècle, et il nous semblait que ces acclamations enthousiastes de ses pairs étaient la voix de la postérité. Ce juge sans reproche et sans appel donnera à notre éminent collègue la récompense due à son mérite et à ses travaux; inscrit au livre d'or de la psychiatrie, son nom ne périra pas.

Adieu, cher et vénéré Maître, adieu.

Dr Daniel Hack Tuke. — La science médico-mentale vient de perdre, en Angleterre, un de ses représentants les plus distingués, qui était en même temps un vrai homme de bien, le Dr Daniel Hack Tuke. Il est décédé à Londres, le 5 mars 1895, emporté par une affection cérébrale, dont une hémiplégie gauche, survenue subitement le 2 mars, avait marqué le début. Il était âgé d'environ soixante-huit ans. Nous empruntons une partie des renseignements suivants, à une notice qui, dans *The Lancet,* du 16 mars, lui a été consacrée par M. le Dr Savage.

Né le 19 avril 1827, Daniel Hack Tuke était l'un des douze enfants de Samuel Tuke, et l'arrière-petit-fils de William Tuke, celui qui fut le fondateur de la Retraite d'York et qui commença en Angleterre la réforme du traitement des aliénés

pendant que Pinel la provoquait en France, sans qu'ils connussent l'initiative l'un et l'autre. Son enfance fut maladive; il fut souvent obligé d'interrompre le cours de ses études. Mais il avait une intelligence vive qui lui permettait de rattraper aisément le temps perdu. Ses humanités terminées, on le destina à l'étude des lois ; mais au bout de trois mois il en avait assez, et on lui laissa commencer les études médicales pour lesquelles il avait un goût prononcé. Il avait alors vingt et un ans. Une partie de sa scolarité se fit à Londres. Dès l'année 1853, il prenait le titre de docteur à Heidelberg. La même année il se maria et fit en Hollande, en Allemagne et en France un voyage qu'il consacra surtout à visiter les asiles d'aliénés. En 1854 parut son premier ouvrage où il rendait compte de ce qu'il avait vu dans ces asiles. Nommé médecin de la Retraite d'York, il se mit en même temps à professer la psychologie à l'Ecole de médecine de cette ville. En 1857, ayant eu de graves hémorragies pulmonaires, il dut renoncer à la pratique médicale et se retira à Falmouth, où il demeura quinze ans ; il n'y resta pas oisif néanmoins ; autant qu'il le pouvait, il s'occupait à des travaux intellectuels et à divers autres ; mais il s'intéressait toujours plus particulièrement à la psychologie et aux maladies mentales. En 1874, il s'installa à Londres, où il se remit peu à peu à la pratique de la médecine et où il se fit bientôt une place très honorable de médecin consultant. Une de ses principales attractions était de suivre les services de l'hôpital de Bethléem et de s'y livrer à des études anatomo-pathologiques. Par la suite, il devint un des gouverneurs de l'hôpital. Dans les deux dernières années de sa vie, surchargé de besogne, il avait dû renoncer aux visites et aux recherches qu'il aimait à y faire.

Son œuvre est variée et considérable. Il avait une très grande facilité de travail, et malgré sa mauvaise santé, il ne manqua jamais de s'y livrer avec la régularité la plus grande. Il savait mener de front ses études, ses écrits, la pratique de la médecine. Il avait un esprit clair, voyait nettement son but et ne se laissait détourner par rien pour l'atteindre. Il savait observer, grouper les faits ; il tirait très habilement parti de ce qu'il avait vu et appris. Il était d'ailleurs servi par une excellente mémoire, qui ne perdait rien de ce qu'il lui avait confié et qui était véritablement encyclopédique. Il avait beaucoup de jugement. Il était très mesuré dans ses opinions et savait se tenir loin des idées extrêmes et du parti pris. Ainsi, par exemple, bien que, par une sorte d'atavisme, il fût partisan déclaré du non-restreint dans le traitement des aliénés, il reconnaissait cependant que quelquefois, dans l'intérêt même des malades, il faut leur appliquer des moyens de contrainte.

Après l'ouvrage dont nous avons parlé plus haut, il a publié successivement : Un *Traité de pathologie mentale*, en collaboration avec Bucknill, lequel est à sa quatrième édition et est classique en Angleterre ; *Le corps et l'esprit, action du moral et de l'imagination sur le physique*, traduit en français sur la deuxième édition anglaise ; *De la folie dans l'antiquité et dans les temps modernes ; Documents pour l'histoire des aliénés dans les Iles Britanniques ; Somnambulisme et Hypnotisme ; les Aliénés aux Etats-Unis et au Canada ; Histoire de la Retraite d'York ;* de nombreux articles de toute nature dans *The Journal of mental science*, dont il a été pendant près de dix-huit ans le directeur principal, lui donnant une heureuse impulsion scientifique ; enfin, en dernier lieu, il a fait paraître un *Dictionnaire de médecine mentale*, œuvre unique en son genre, pour laquelle il a groupé autour de lui des collaborateurs de tous pays, et qui restera peut-être son plus important titre de gloire.

Il était membre de l'Association médico-psychologique anglaise et en avait été président.

Issu d'une famille de quakers, il en a toujours eu la sévérité de principe et l'austérité ; il était d'une sobriété extraordinaire. Rien de cela ne l'empêchait d'être très sociable et très gai. Il aimait les réunions de confrères qu'il animait de sa présence et il s'intéressait à toutes les conversations qu'on tenait près de lui. Il se montrait affable et avenant avec les plus jeunes que lui. Il savait inspirer l'amitié, et ceux-là étaient nombreux qui revendiquaient l'honneur d'être ses amis. A toutes ces qualités s'ajoutaient celles d'être foncièrement honnête et bon.

Sa mort suscitera d'unanimes regrets dans la science, parmi ses amis, parmi tous ceux qui, de près ou de loin, l'ont connu.

V. P.

INTERPELLATION A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS SUR LE MEURTRE D'UN GARDE CHAMPÊTRE PAR UN ALIÉNÉ.

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro que M. Goujat, député de Cosne, avait déposé une demande d'interpellation sur le meurtre d'un garde champêtre par un aliéné. La discussion de cette interpellation, remise après le vote du budget, a eu lieu dans la séance du 2 avril 1895 ; nous la reproduisons d'après le compte rendu analytique des séances de la Chambre :

L'ordre du jour appelle la discussion de l'interpellation de MM. Goujat et Turigny sur le meurtre du garde champêtre de Chaulgnes (Nièvre) par un aliéné.

M. Goujat. — Notre interpellation vise un meurtre commis sur la personne du garde champêtre de la commune de Chaul-

gnes, nommé Raimbaud, par un fou appelé Goutorbe. Nous entendons démontrer que, dans cette affaire, des fonctionnaires de l'ordre administratif et judiciaire du département de la Nièvre, le maire de Chaulgnes, le procureur de la République, le préfet de la Nièvre, ont encouru une grave responsabilité par suite de leur incurie.

Ai-je besoin de déclarer que, en développant cette interpellation, je ne suis mû par aucun sentiment d'animosité contre ces fonctionnaires?

En acceptant cette tâche, je remplis un devoir et je le remplirai jusqu'au bout.

Les fonctionnaires dont je viens de parler auraient pu éviter ce meurtre s'ils avaient pris les mesures préventives prescrites par la loi de 1838 sur les aliénés, notamment dans les articles 18 et 19.

Il y avait à Chaulgnes un nommé Goutorbe, qui avait été sergent de ville à Nevers et employé à la Compagnie d'Orléans.

Il était revenu dans la commune de Chaulgnes et depuis de nombreuses années, par ses actes, par ses discours, il ne cessait d'inquiéter les habitants, menaçant de tirer sur ceux qui l'approchaient.

Malgré toutes les réclamations, l'administration ne fit rien, et, le 12 février, Goutorbe, qui venait d'être saisi dans ses biens, attribuant au garde champêtre ses malheurs, vint à onze heures du soir devant sa porte; il s'y livra à un tel bruit que le garde champêtre, ce dévoué fonctionnaire, dut l'inviter à cesser de troubler le repos public.

Pour toute réponse, le malheureux garde champêtre Raimbaud reçut un coup de feu qui le tua.

Le fou Goutorbe rentra chez lui et s'y barricada, niant être l'auteur du meurtre. A cinq heures du matin, la gendarmerie, à laquelle j'adresse en mon nom et au nom de mes collègues toutes mes félicitations, car dans cette circonstance elle a seule fait son devoir, arrêta Goutorbe. Il reconnut alors être l'auteur du meurtre; il était sous le coup des poursuites de créanciers, l'affiche de saisie avait été apposée par le garde champêtre et il lui attribuait par suite tous ses malheurs.

Le 14 février eurent lieu les funérailles du garde champêtre de Chaulgnes. Toute la population y assista, autant par sympathie pour la victime que comme protestation contre la négligence de l'administration.

Trois discours furent prononcés; le comte de Mauduit, ancien maire de Chaulgnes, fut appelé au nom de la population, à porter la parole.

Il déclarait que l'administration avait fait preuve de la plus

coupable négligence en refusant à diverses reprises de prendre les mesures que nécessitait la plus élémentaire prudence, surtout alors que, saisi par ses créanciers, Goutorbe devait être plus surexcité.

Il terminait en disant que l'administration préfectorale avait encouru la plus grave responsablilité.

Après cette allocution, qui était l'expression de la vérité, le maire de Chaulgnes et le préfet, qui n'avaient pas assisté aux funérailles, essayèrent de donner des explications pour dégager leur responsabilité

M. de Mauduit répliqua en disant : « Il y a deux mois, je suis allé trouver le préfet pour lui signaler que le pauvre fou Goutorbe, se disant possesseur de ma petite propriété, menaçait de son fusil mon garde et sa femme.

« Cinq fois, je me rendis à la préfecture pour demander qu'on prît des mesures pour protéger la vie des citoyens ; toujours on me répondit que le préfet allait sortir. J'insistai tellement la dernière fois que je finis par le voir, j'eus avec lui une vive altercation, il me répondit qu'il n'avait pas le temps d'écouter ma réclamation. »

Aux funérailles du malheureux Raimbaud on commenta vivement l'absence du maire de Chaulgnes, du préfet, du sous-préfet et du procureur de Cosne.

On se demanda pourquoi ces fonctionnaires n'imitaient pas l'exemple de l'honorable ministre de l'agriculture qui, dans ces derniers temps, se faisait un devoir d'accompagner à sa dernière demeure la victime d'un de ses subordonnés.

Ces fonctionnaires, pour dégager leur responsabilité, ont prétendu que, comme on ne leur avait pas remis le certificat de médecin exigé par la loi de 1838, ils n'avaient rien à faire.

Si je démontre qu'au vu et au su de tous ces fonctionnaires Goutorbe était fou, est-ce que la loi ne leur imposait pas alors l'obligation de prendre des mesures préventives contre lui ?

Or il était de notoriété publique que Goutorbe était fou. C'était l'opinion unanime dans tout le canton, et aussi à Nevers, dont la commune de Chaulgnes n'est distante que de 10 kilomètres. Le préfet était donc averti, et il devait appliquer les articles 18 et 19 de la loi de 1838.

J'ai ici une déclaration portant cent cinquante-sept signatures d'honorables pères de famille que je connais pour la plupart et qui sont incapables d'affirmer un fait qui ne serait pas l'expression de la vérité.

Cette déclaration a reçu l'approbation du maire qui a légalisé les signatures.

M. Georges Leygues, *ministre de l'intérieur*. — Quelle est la date de cette déclaration ?

M. Goujat. — Elle est datée du 14 mars. Les signataires certifient avoir vu, depuis plusieurs années, Goutorbe se livrer à des extravagances, à des discours incohérents, se terminant par des menaces.

Le Conseil municipal à la demande des habitants a réclamé à diverses reprises que des mesures fussent prises à l'égard de Goutorbe qui de notoriété publique était fou.

Cette même déclaration mentionne qu'on avait demandé au Conseil municipal l'internement de Goutorbe. La notoriété publique visée par les articles 18 et 19 de la loi du 30 juin 1838 existait donc sans conteste.

Des témoins dont je puis citer les noms (*Bruit.*) établissent que l'aliénation mentale du malheureux Goutorbe remontait tout au moins à 1890 ; dès lors il menaçait le nommé Midrouillet de son fusil et plainte était portée au parquet ; plus tard il mettait en joue M. de Mauduit et menaçait de son fusil deux conseillers municipaux.

En 1893, il tirait sur son père, sans l'atteindre il est vrai. Le 1er juin 1893, son internement était demandé, et il se livrait à de nouvelles menaces.

Le 24 juin 1894, — retenez cette date, monsieur le ministre, — le commissaire de police de la Charité-sur-Loire retire à Goutorbe son fusil à deux coups ; Goutorbe achète un nouveau fusil.

Le petit journal local, agréable à l'administration, a raconté les faits : Goutorbe s'était posté à la porte du commissariat, déclarant vouloir tuer Henri IV, et guettant un gibier. Le commissaire de police le désarme non sans lutte et fait un rapport au parquet.

Le procureur de la République, si zélé d'ordinaire, refuse de poursuivre. Il ne fait pas bon pourtant se colleter avec les représentants de l'autorité : un de nos collègues n'a-t-il pas été poursuivi pour en avoir regardé un de travers ? Mais quand il s'agit d'un individu dangereux comme Goutorbe, le procureur déclare qu'il faut relaxer cet homme.

De deux choses l'une : ou Goutorbe est fou, et le parquet l'a considéré comme tel puisqu'il a refusé de le poursuivre ; ou il est responsable, et on devait le poursuivre comme s'il s'agissait d'un simple bûcheron ou même d'un député d'extrême gauche.

On n'en a rien fait, et l'opinion s'est émue : elle s'est demandé si les lois, les justes lois, étaient applicables à tous, et si les magistrats pouvaient se refuser à prendre les mesures préventives qui s'imposaient (*Bruit*).

Je sais que M. le préfet invoque, pour se couvrir, le respect de la liberté individuelle. C'est la thèse que soutiendra son avocat, M. le ministre de l'intérieur. M. le préfet s'appuie sur l'article 8 de la loi de 1838.

Mais cet article est relatif aux placements volontaires pour lesquels il faut, en effet, non seulement que la demande soit vérifiée, mais qu'un certificat de médecin dûment délivré conclue à l'internement. Ce certificat n'a pas été délivré pour l'aliéné Goutorbe.

Mais ce n'est pas à l'article 8 sur les placements volontaires que le préfet devait se reporter, c'est aux articles 18 et 19; et si M. le préfet s'était donné la peine de lire la loi, il aurait vu qu'il y a d'autres placements, ceux qu'ordonne d'office l'autorité publique. Si on avait pris cette mesure, le meurtre n'aurait pas eu lieu.

En effet, si la loi de 1838 était insuffisante, n'y avait-il pas les circulaires ministérielles de 1838, l'ordonnance royale de 1839, la circulaire de 1876, qui indiquent les mesures à prendre?

M. le préfet, dira-t-on peut-être, ignorait la loi, ce qui explique pourquoi il ne l'a pas appliquée.

Qu'est-ce, en effet, que M. le préfet de la Nièvre?

Notre collègue M. Denis, dans un discours du mois de décembre dernier, nous l'a fait suffisamment connaître : « Nous avions, dit-il, dans les Landes, un préfet un peu avancé en âge, et M. le ministre de l'intérieur l'a mis à la retraite en lui écrivant qu'il était désolé de prendre cette mesure, mais qu'il fallait faire de la place aux sous-préfets qui attendaient depuis si longtemps...

« Et comme il y avait des sous-préfets qui attendaient depuis longtemps, M. le ministre de l'intérieur, avec la logique qui caractérise la plupart de ses actes administratifs, a donné la préfecture à un imprimeur de son pays. »

Voilà ce qu'était M. Marchessou; il n'avait aucune connaissance administrative, mais il devait à la haute recommandation de M. Charles Dupuy sa nomination, ce qui permet de dire que la protection d'un puissant du jour, après vingt-cinq ans de république, vaut mieux que vingt ans de bons services.

Eh bien, dans un pays où vous avez une pépinière de jeunes hommes intelligents, où un conseiller de préfecture met dix ans à passer sous-préfet, où un sous-préfet met quinze ans à passer préfet, il est inadmissible qu'un président du conseil mette à la tête d'un département l'imprimeur, sinon le rédacteur de son journal.

Je proteste au nom des fonctionnaires qui sont expropriés de cette façon, car je respecte les droits de la hiérarchie et je félicite M. le ministre de l'intérieur actuel d'en avoir tenu compte dans son dernier mouvement préfectoral.

Des passe-droits, comme celui que je signale, peuvent s'expliquer dans une période révolutionnaire, mais l'opinion publique ne les comprendra jamais dans une période normale.

Voilà comment on a des fonctionnaires qui, ne connaissant pas les lois, ne peuvent les appliquer. Je n'ai aucune animosité contre M. le préfet de la Nièvre, mais il reçoit des instructions de l'administration supérieure, et il les exécute. Or il passe pour inspirer un journal, rédigé, dit-on, par un professeur de philosophie du lycée, qui combat certains républicains, notamment les républicains radicaux et les républicains socialistes. (*Interruptions.*)

M. Raymond Poincaré, *ministre de l'instruction publique* — Vous faites allusion à un professeur de l'Université qui rédigerait un journal de la Nièvre. J'ai demandé sa démission à ce professeur, et il me l'a donnée. (*Très bien! très bien!*)

M. Goujat. — Vous lui avez demandé sa démission; mais l'avez-vous frappé pour les manquements aux règles professionnelles? (*Bruit sur divers bancs.*)

M. le préfet de la Nièvre a fait connaître son système de défense.

Il a dit qu'il avait agi en vertu de l'article 8 de la loi de 1838; c'est simplement une hérésie. Il dit que le sous-préfet de Cosne, dès qu'il avait eu connaissance des faits, avait invité le maire de Chaulgnes à faire examiner le nommé Goutorbe par un médecin, que c'était le 24 août seulement que l'avis médical avait été envoyé; il y était dit que l'état du nommé Goutorbe ne paraissait pas nécessiter son internement d'urgence dans un établissement d'aliénés.

Dès lors, dit le préfet, l'administration ne pouvait pas procéder à l'internement, et il a fallu laisser Goutorbe en liberté.

Mais j'ai expliqué à la Chambre que M. le préfet avait envisagé la question au point de vue du placement volontaire, visé par l'article 8, au lieu de se placer au point de vue des placements d'office, visés par les articles 18 et 19 de la loi de 1838, qui autorisent à prendre toutes les mesures provisoires nécessaires en cas de danger pour l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Et enfin, je vous oppose, monsieur le ministre, non plus la loi de 1838, mais les circulaires du ministre de l'intérieur de 1838 et de 1878, qui sont un peu plus explicites dans leurs termes.

La circulaire de 1838 dit: « Lorsqu'un aliéné compromet la sécurité publique, le maire le fait déposer en lieu de sûreté, c'est-à-dire à l'hospice civil. »

Et la circulaire de 1878: « Les hospices civils sont tenus de recevoir les personnes qui leur sont adressées jusqu'à ce qu'elles puissent être dirigées sur les établissements spéciaux. »

Votre devoir était de mettre Goutorbe en observation et de

le faire conduire ensuite dans une maison d'aliénés. (*Mouvements divers.*)

Quelles sont donc les responsabilités qui se trouvent engagées?

Il y a trois personnes responsables. Mais tout d'abord veuillez croire qu'il n'y a pas d'animosité de notre côté. La preuve, c'est que si nous avons visé le maire, le procureur de la République et le préfet, nous n'avons pas visé le sous-préfet, avec qui nous sommes plus particulièrement en lutte.

M. le maire Archimbaud a reçu en 1893 une demande signée par le frère de Goutorbe, demandant l'internement de son frère. Le maire n'a rien fait.

Cette demande a été connue du préfet, qui n'y a pas davantage donné suite.

Plus tard, dans une séance du Conseil municipal, deux conseillers municipaux ont déposé à leur tour une demande d'internement contre Goutorbe.

M. le ministre me dira que le Dr Faucher a délivré un certificat qui ne concluait pas à l'aliénation ; mais ce docteur avait demandé qu'à la première crise on l'avertît, pour qu'il pût faire une constatation sur place. On ne l'a pas averti.

M. le maire Archimbaud est donc responsable de ce fait.

Le procureur de la République l'est également, et ici je m'adresse plus particulièrement à M. le ministre de la justice.

Voulez-vous savoir ce qu'a fait le procureur de la République ? (*Mouvements divers.*)

Il a engagé sa responsabilité en ne poursuivant pas Goutorbe après l'outrage dont il s'était rendu coupable, le 24 juin 1893, envers le commissaire de police de la Charité.

Ce jour-là, Goutorbe était resté campé sur la place publique, armé d'un fusil, menaçant les passants, menaçant le commissaire.

On l'arrêta, puis on en référa au procureur de la République, qui répondit par dépêche qu'il n'y avait pas lieu de maintenir l'arrestation de Goutorbe et qu'il fallait le relaxer.

Il a engagé sa responsabilité en n'instruisant pas sur la plainte déposée entre ses mains et en ne faisant pas connaître les faits à ses supérieurs, le procureur général et le préfet de la Nièvre.

Si les fonctionnaires de l'ordre administratif et judiciaire sont les premiers à violer la loi, ne sommes-nous pas menacés à la fin du XIXe siècle d'un retour à l'état anarchique? (*Bruit.*)

J'ai donc été très étonné de ce qu'a fait M. le procureur de la République, ou plutôt de ce qu'il n'a pas fait. Ce n'est cependant pas le zèle qui lui manque.

Dernièrement, à la suite de la grève des bûcherons, nous

l'avons vu, après que les patrons avaient retiré leur plainte, requérir avec vigueur des condamnations à l'amende et à la prison, sans même demander le bénéfice de la loi de Bérenger.

Plus récemment, à l'occasion du meurtre de Chaulgnes, le procureur de la République a donné l'ordre par télégramme aux trois docteurs de la ville de la Charité d'aller, à trois heures du matin, faire l'autopsie du cadavre de Raimbaud.

Il y avait ce jour-là 18 degrés de froid. (*Exclamations.*) Ils ont refusé d'y aller et je les en félicite. Le procureur de la République les a traduits en police correctionnelle pour refus d'obéissance. Le tribunal n'a pas voulu le suivre dans cette voie. Et alors qu'a-t-il fait ?

Il a relevé ce délit que les trois docteurs de la ville de la Charité n'avaient pas obtempéré à la loi du 30 juin 1890 ; qu'ils n'avaient pas déposé leurs diplômes au greffe pour être enregistrés.

Il les a poursuivis et les a fait condamner à 25 fr. d'amende, cette fois avec application de la loi Bérenger. (*Bruit sur un grand nombre de bancs.*)

La loi n'ayant pas d'effet rétroactif, ce qu'il ignore, il se trouve que le procureur de la République a poursuivi des docteurs en médecine qui exercent depuis vingt ans pour ne pas avoir fait la déclaration exigée par la loi de 1890.

L'affaire sera prochainement tranchée, mais je ne veux pas anticiper sur le débat. (*On rit.*)

Vous le voyez, le procureur de la République s'entend à occuper ses loisirs. Mais son zèle ne s'en est pas tenu là. Le 20 janvier dernier, il a fait procéder arbitrairement à l'arrestation d'Auguste Sommert, sous le prétexte que cet homme s'était rendu coupable d'une violence légère sur la personne d'une femme de son village. (*Exclamations et rires.*)

Les gendarmes s'emparèrent du malheureux Sommert, mais quelques heures après on dut le relâcher, la dénonciation ayant été reconnue calomnieuse.

Voilà la besogne à laquelle se livrent les fonctionnaires de l'ordre administratif et judiciaire dans le département de la Nièvre.

Le procureur de la République ne jugea même pas à propos de faire des excuses à Auguste Sommert. (*Exclamations et rires.*)

Ce n'est pas en abusant ainsi de la loi que ces fonctionnaires feront aimer la République.

Et maintenant, j'en viens à M. le préfet.

Je n'ai contre lui, je l'ai dit, aucune animosité ; mais il a engagé sa responsabilité en refusant de recevoir l'honorable M. de Mauduit, qui venait lui annoncer ce qui se passait à

Chaulgnes depuis deux mois et lui demander de prendre des mesures préventives non seulement dans l'intérêt de la collectivité, mais encore de Goutorbe lui-même et de sa nombreuse famille, qui, je n'hésite pas à le déclarer, est très honorable. (*Très bien ! très bien ! sur divers bancs à gauche.*)

Pourquoi n'a-t-on pas reçu M. le comte Robert de Mauduit ? (*Exclamations.*) M. le ministre vous le dira peut-être. M. de Mauduit a été mon concurrent aux dernières élections, et il y a eu entre ses partisans et les miens une polémique très vive ; mais j'estime qu'entre hommes bien élevés tout doit être oublié après la lutte. (*Très bien ! très bien ! sur divers bancs.*)

J'estime même que je serais un adversaire déloyal si je ne proclamais pas que M. de Mauduit a dit la vérité, toute la vérité, dans sa déclaration.

On n'a pas reçu M. de Mauduit à la préfecture ; c'est là un manque de courtoisie que nous ne pouvons pas accepter (*Très bien ! très bien ! sur divers bancs.*) ; nous estimons que l'administration doit entendre les plaintes de tous les partis, celles des républicains et des conservateurs. (*Très bien ! très bien ! sur divers bancs.*)

Mais nous, les députés républicains du département, nous ne sommes pas mieux traités que M. de Mauduit. (*Exclamations.*) C'est ainsi que nous avons été privés dernièrement de l'honneur d'assister à la belle fête agricole de Nevers et d'accompagner M. le ministre de l'agriculture, pour qui nous n'avons que de l'estime.

Enfin, M. le préfet a eu tort de s'être arrêté à l'article 8 de la loi de 1838, il aurait dû aller aux articles 18 et 19, et alors il eût certainement pris les mesures préventives nécessaires.

Ainsi, dans la Nièvre, nous avons un préfet qui ignore les lois et des magistrats qui en abusent ; je demande au Gouvernement s'il n'est pas résolu à mettre un terme à de telles pratiques. Si vous n'êtes pas édifiés sur les faits que j'ai exposés, procédez à une enquête ; mais, en ce cas, nous récusons évidemment les fonctionnaires dont la responsabilité est engagée dans l'affaire.

Je ne veux rien préjuger ; mais on laisse entendre déjà que Goutorbe pourrait bien être responsable. Eh bien ! je déclare bien haut que Goutorbe ne doit pas aller devant la cour d'assises, qu'il ne relève que de la médecine légale. Cela résulte clairement de l'incohérence de ses paroles et de ses actes, et il n'y a de doute à cet égard que dans la pensée des fonctionnaires visés dans l'interpellation.

Et maintenant que ferez-vous pour M^me^ Raimbaud, et pour le fils Raimbaud, né d'un premier mariage et âgé de quatorze ans ?

Je remercie M. le ministre de l'intérieur d'avoir bien voulu accorder à la veuve, sur ma demande, un premier secours; mais j'espère qu'il ne s'en tiendra pas là et qu'il voudra bien appuyer, auprès de M. le président du conseil, ministre des finances, notre demande d'un modeste bureau de tabac. (*Exclamations.*)

Nous pourrions déposer un projet de loi tendant à accorder, pour la réparation de ce meurtre, une petite pension de 600 fr., et je suis sûr que la Chambre ne refuserait pas cette satisfaction à ces intéressantes victimes; mais j'espère que le Gouvernement fera son devoir.

En terminant, je poserai deux questions à M. le ministre de l'intérieur, en lui demandant de vouloir bien y répondre d'une façon nette et précise.

Approuve-t-il les nominations faites en violation des règles de la hiérarchie et des droits acquis? Dans quels cas doit-on recourir aux mesures préventives de la loi de 1838, si on ne les prend pas dans les circonstances que j'ai exposées? Il faut que nous soyons fixés sur ce point de jurisprudence.

Enfin, j'exprime très sincèrement le vœu que le Gouvernement et la Chambre s'entendent pour faire aboutir le plus tôt possible la réforme de la loi de 1838 sur les aliénés.

Cette loi a été un progrès lorsqu'elle a été votée en 1838; mais aujourd'hui elle n'est pas à la hauteur des progrès réalisés dans les pays voisins.

Nous demandons que la réforme de cette loi, qui est à l'ordre du jour depuis vingt-trois ans, aboutisse enfin; il y va de la liberté individuelle et de la liberté collective.

Nous déposons un ordre du jour qui n'implique aucune méfiance contre le cabinet. Nous réclamons simplement une enquête sérieuse sur le rôle des fonctionnaires du département, responsables à l'occasion du meurtre du garde champêtre Raimbaud; nous appelons l'attention bienveillante des pouvoirs publics et sur sa veuve et sur son enfant; enfin, nous invitons le Gouvernement à hâter le vote de la loi modifiant la loi de 1838 sur les aliénés. (*Applaudissements sur divers bancs à l'extrême gauche.*)

M. Georges Leygues, *ministre de l'intérieur*. — L'honorable M. Goujat, en développant son interpellation, a simplifié ma tâche.

Je ne prends la parole que pour rectifier quelques points sur lesquels sa mémoire ou ses informations l'ont trompé, et aussi pour dégager la responsabilité des fonctionnaires mis en cause, pour montrer qu'ils n'ont rien à se reprocher dans ce déplorable événement, qu'ils ont fait tout ce que la loi leur permettait de faire.

Le 12 février, le sieur Goutorbe tuait d'un coup de feu le garde champêtre Raimbaud.

M. Goujat a voulu démontrer que ce meurtre eût été évité si l'administration avait pris certaines mesures. Voyons ce qu'il en est.

Le 24 juin, Goutorbe se rendit à la Charité, là il fut pris d'un accès de délire alcoolique et se posta sur le chemin avec son fusil, déclarant qu'il voulait tuer quelqu'un.

La population était effrayée; le commissaire de police fit preuve d'un grand courage; au péril de sa vie il désarma Goutorbe et l'arrêta. J'adresse à ce commissaire de police mes plus sincères félicitations. (*Applaudissements.*)

Le commissaire n'avait qu'une chose à faire : soumettre Goutorbe à un examen et obtenir un certificat médical permettant de le faire interner. Le commissaire fit appeler le Dr Perier, qui déclara que Goutorbe était simplement en proie à un accès de délire alcoolique, mais qu'il n'était pas fou.

Le lendemain, le commissaire de police insista auprès du Dr Perier; mais celui-ci déclara ne pas être médecin légiste et ne pouvoir délivrer le certificat demandé.

Le commissaire envoya chercher un autre médecin, qui répondit qu'étant malade il ne pouvait se déranger. On s'adressa alors au Dr Faucher, directeur de l'asile d'aliénés, qui déclara ne pas avoir qualité pour visiter Goutorbe, et ajouta que d'ailleurs il ne le croyait pas fou.

On n'avait plus qu'à relâcher Goutorbe; si on ne l'avait pas fait, M. Goujat ou un de ses amis n'aurait pas manqué de nous reprocher d'avoir commis un attentat contre la liberté individuelle. (*Très bien! très bien!*)

Le commissaire de police a agi avec beaucoup de tact et d'intelligence. Après avoir relâché Goutorbe, il saisit le parquet; le procureur de la République transmit le dossier au sous-préfet de Cosne.

Celui-ci remplit également son devoir, car trois jours après il transmettait le dossier au maire de Chaulgnes, en lui demandant de réunir toutes les pièces permettant de faire interner Goutorbe.

Après plusieurs lettres de rappel, le maire envoya le 24 août au sous-préfet un certificat du Dr Faucher fils, déclarant qu'après examen il ne croyait pas que Goutorbe fût fou.

On surveillait néanmoins Goutorbe. Au commencement d'octobre, Goutorbe fut saisi, exproprié par ses créanciers; le commissaire de police pensant que ces événements pouvaient surexciter Goutorbe et déterminer un nouvel accès, avisa le sous-préfet.

Celui-ci, à la date du 8 octobre, écrivit de nouveau au maire

de Chaulgnes pour lui demander un certificat de lui, ou un certificat de médecin, ou un document coustatant le bruit public, afin de pouvoir faire interner Goutorbe.

Sa lettre resta sans réponse; après plusieurs rappels, le maire envoya au sous-préfet, le 22 octobre, un nouveau certificat du Dr Faucher fils, déclarant que, tant qu'il n'aurait pas vu Goutorbe dans une crise, il ne pouvait pas le déclarer fou.

Vous savez à quels scandales ont donné lieu certains internements qu'on considérait comme arbitraires, et vous comprenez combien les préfets et les maires doivent se montrer prudents à cet égard. (*Très bien! très bien!*)

Retenez d'ailleurs qu'en envoyant le 22 octobre le certificat médical, le maire ajoutait : « Le Dr Faucher déclare que Goutorbe n'est pas fou, je partage entièrement sa manière de voir. »

Ainsi voilà un médecin, un maire qui déclaraient que Goutorbe n'était pas fou, qu'il ne devait pas être interné. L'administration pouvait-elle, dans ces conditions, faire arrêter Goutorbe et l'interner dans un asile d'aliénés?

M. Goujat. — Elle devait prendre des mesures préventives. (*Interruptions et bruit.*)

M. le ministre. — Vous voyez que le simple récit des faits, que la seule indication des dates dégagent entièrement la responsabilité de l'administration.

Vous voyez que le commissaire, que le sous-préfet se sont efforcés de prendre toutes les mesures préventives, et que, s'ils n'ont pas fait interner Goutorbe, c'est qu'ils ne l'ont pas pu.

Le 12 février, Goutorbe était repris d'un accès d'alcoolisme et tuait le garde champêtre Raimbaud. L'administration, tout comme M. Goujat, s'est émue de cet événement déplorable; elle s'est préoccupée du sort de la veuve et de l'enfant de la victime.

M. Goujat a demandé un secours. Dès le lendemain du meurtre, M. le préfet m'en avait demandé un que j'ai envoyé immédiatement à la veuve du malheureux Raimbaud. M. le préfet cherche, en outre, à lui donner un des bureaux de tabac qui sont à sa disposition, et j'espère que dans un bref délai elle l'obtiendra.

L'administration a donc fait tout ce qui était en son pouvoir pour empêcher le meurtre, et après le meurtre elle a fait tout ce qu'elle pouvait pour venir au secours de la famille de la malheureuse victime.

J'ai maintenant un mot à dire en ce qui concerne M. de Mauduit dont a parlé M. Goujat.

Je ne voudrais pas que la Chambre pût croire qu'une fin de non-recevoir a été opposée aux démarches du comte de Mauduit.

La vérité, c'est qu'on a voulu donner à cet incident un caractère politique. Le comte de Mauduit est un des adversaires les plus violents de la République. Maire, il a été révoqué par le ministre pour avoir tenu contre le personnel gouvernemental les propos les plus outrageants. C'est lui qui disait que tous devaient s'armer pour faire la guerre à un gouvernement méprisable et méprisé.

Après sa révocation, il prit vis-à-vis du préfet une attitude tellement hostile qu'on dût lui fermer les portes de la préfecture. Il s'y présentait à tout instant, injuriant les personnes présentes, insultant le préfet, lui envoyant des témoins.

Il profite aujourd'hui de ce que la porte lui a été fermée pour déclarer qu'il n'a pu fournir à la préfecture les renseignements qu'il y apportait : il n'avait qu'à écrire, il ne l'a pas fait! La vérité est qu'après le meurtre, tout le monde a voulu l'avoir prévu! (*Très bien! très bien!*)

Je n'insiste pas : je maintiens seulement que le préfet n'a encouru aucune responsabilité, et que la conduite du commissaire de police, du sous-préfet, du procureur de la République a été ce qu'elle devait être. (*Très bien! très bien!*)

M. Goujat me demande ce que je pense de l'introduction d'agents nouveaux dans l'administration. Je lui réponds que, lorsqu'ils sont intelligents, j'admets qu'on puisse les y admettre.

D'autres l'ont fait, et ils n'ont pas eu à s'en plaindre.

Je ne l'ai pas fait jusqu'ici, mais je ne saurais blâmer ce qui a été fait. (*Très bien! très bien!*)

Enfin, quant à la réforme de la loi de 1838, elle vient presque en tête de l'ordre du jour de la Chambre. Le gouvernement est prêt à l'étudier devant elle, et il souhaite que cette discussion vienne le plus tôt possible. (*Applaudissements.*)

M. Goujat. — En présence des loyales déclarations de M. le ministre de l'intérieur, je ne maintiens pas mon ordre du jour.

Nous avons obtenu pour la veuve Raimbaud ce que nous désirions; des secours et la promesse d'un bureau de tabac. Le gouvernement est prêt à discuter la réforme de la loi de 1838. J'ai donc complète satisfaction. (*Très bien! très bien!*)

M. le Ministre. — Je suis heureux de constater que M. Goujat retire son ordre du jour. Je ne voudrais pas cependant laisser croire que nous avons attendu ses démarches pour nous préoccuper de la situation de la veuve Raimbaud. Nous l'avons fait dès le lendemain du meurtre. (*Très bien! très bien!*)

L'incident est clos.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a, dans sa séance du 5 mars 1895, reçu communication de la liste des mémoires et ouvrages envoyés pour les concours des prix proposés pour l'année 1895 ; dans la même séance, elle a procédé à la nomination des Commissions de ces prix. Voici les renseignements relatifs à la mémédecine mentale et nerveuse :

Prix Barbier. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert les moyens complets de guérison pour les maladies inconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'*épilepsie*, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Dix mémoires ont été envoyés, parmi lesquels nous relevons :

N° 4. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, par le Dr Martial Hublé, médecin-major de 2e classe au 11e corps d'armée, à Nantes.

Commission : MM. Le Roy de Méricourt, Besnier, Weber.

Prix Adrien Buisson. — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir les maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science. Sept mémoires ont été envoyés parmi lesquels nous relevons :

N° 1. — Bégaiement et autres défauts de prononciation, par le Dr Chervin, de Paris.

N° 4. — De la guérison du tic douloureux de la face par une nouvelle méthode chirurgicale, par le Dr Jarre, de Paris.

Commission : MM. Magitot, Trasbot, Laveran.

Prix Civrieux. — Question : *Des obsessions en pathologie mentale.*

N° 1. — Devise : « *L'observation est le fondement de la clinique.* »

Commission : MM. Mesnet, Magnan, Motet.

Prix Daudet. — Question : « *Du myxœdème* ».

N° 1. — Devise : « *Synthèse.* »

N° 2. — Devise : « *Qui peut le plus ne peut-il pas le moins ?* »

Commission : MM. Hérard, Worms, Landouzy.

Prix Desportes. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Onze travaux ont été envoyés ; nous y relevons le suivant :

N° 10. — De la disparition des troubles névritiques traumatiques ou inflammatoires, périphériques, par la compression localisée et forcée, par le Dr Delorme, professeur au Val-de-Grâce.

Commission : MM. C. Paul, Dumontpallier, Blanchard.

Prix Laborie. — Ce prix sera décerné à l'auteur du tra-

vail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie. Neuf ouvrages ont été envoyés, parmi lesquels nous relevons le suivant :

N° 4. — Chirurgie opératoire du système nerveux, par le Dr Chipault, de Paris.

Commission : MM. Roehard, Lannelongue, Lucas-Championnière.

Prix Perron. — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Aeadémie le plus utile au progrès de la médeeine. Dix-neuf ouvrages ont été envoyés, parmi lesquels nous relevons les suivants :

N° 6. — La paralysie pseudo-bulbaire d'origine eérébrale, par le Dr A. Halipré, de Rouen.

N° 14. — Maladies familiales du système nerveux, par le Dr Paul Londe, de Paris.

Commission : MM. Polaillon, Marty, Robin.

Prix Philippe Ricord. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes. Quatre ouvrages ont été envoyés ; nous relevons le suivant :

N° 4. — Contribution à l'étude anatomique et clinique des paralysies spinales syphilitiques, par le Dr Jules Sottas, de Paris.

Commission : MM. Fournier, Léon Colin, Duplay.

Prix Vernois. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène. Des seize ouvrages envoyés nous ne relevons que le suivaut :

N° 16. — Les eauses de la folie, prophylaxie et assistance, par le Dr Toulouse, à Paris.

Commission : MM. Proust, Vallin, Lereboullet.

LES SUICIDES EN ANGLETERRE

Pendant l'année 1893, les suieides, en Angleterre, ont encore confirmé les observations faites depuis longtemps sur leur fréquence et leur nature, dans les divers pays d'Europe.

Ainsi, les suicides des hommes ont été trois fois plus nombreux que ceux des femmes ; et l'âge critique a été compris entre 45 et 55 ans. Par contre, le nombre des suicides au-dessous de 15 ans est plus grand parmi les filles que parmi les garçons.

112 suicides au-dessous de 20 aus ont été enregistrés, et 342 au-dessus de 65 ans, parmi lesquels on eu trouve même 6 au-dessus de 85 ans.

248 hommes et 3 femmes ont eu recours aux armes à feu ;

373 hommes et 78 femmes ont employé le poignard, et 572 hommes et 134 femmes se sont pendus.

Généralement, les femmes se jettent plus facilement à l'eau que les hommes. Cependant, en Angleterre, en 1893, la noyade volontaire a fait 363 victimes parmi les hommes, et seulement 218 parmi les femmes.

Parmi les empoisonnements, ce n'est pas sans étonnement que l'on constate 117 fois l'emploi de l'acide phénique, 40 fois celui de l'acide oxalique et 19 fois celui de la strychnine, substances qui causent la mort au milieu d'atroces douleurs, alors que l'opium n'a été employé que 63 fois et le chloral une seule fois. (*Revue scientifique*, numéro de 9 mars 1895.)

CONGRÈS ANNUEL DE MÉDECINE MENTALE ET NERVEUSE

Session de Bordeaux (1895).

Le sixième congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'ouvrira le jeudi 1er août 1895, à Bordeaux, sous la présidence de M. le Dr Joffroy, professeur de pathologie mentale à la Faculté de médecine de Paris.

Le programme comprendra : 1° Questions à discuter : Pathologie nerveuse : Glande thyroïde et goitre exophtalmique ; rapporteur, M. Brissaud. Pathologie mentale : Les psychoses de la vieillesse ; rapporteur, M. Ritti. Médecine légale : Les impulsions épileptiques au point de vue médico-légal ; rapporteur, M. Parant. — 2° Lectures, présentations, travaux divers. — 3° Excursions, visites des Asiles, banquet. — 4° Impression et distribution du volume du Congrès.

Prix de la cotisation, 20 francs. Adresser dès maintenant les inscriptions et toutes communications à M. le Dr E. Régis, chargé de cours à la Faculté de médecine, 54, rue Huguerie, à Bordeaux, secrétaire général du Congrès.

ENSEIGNEMENT

Asile Sainte-Anne. — M. le Dr Toulouze, chef de clinique des maladies mentales, a commencé une série de leçons sur *les Causes de la folie*. — Ces conférences ont lieu le mercredi et le samedi matin, après la leçon de M. le professeur Joffroy.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE 1er VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Pathologie.

PAGES

Observations sur les délires associés et les transformations du délire; par le Dr H. Dagonet 5
Un cas de morphinomanie; par F. Senlecq 24
Délire systématisé des grandeurs sans affaiblissement intellectuel notable chez un vieillard de quatre-vingts ans passés; par les Drs G. Ballet et F.-L. Arnaud. 161
Une perversion de l'instinct. L'amour morbide; sa nature et son traitement; par le Dr Laupts. 174
L'alcoolisme chez les enfants; par le Dr Paul Moreau (de Tours). 337

II. — Thérapeutique

Contribution à l'étnde de l'action sédative du chloralose; par le Dr Marandon de Montyel. 373

III. — Médecine légale.

La médecine légale des aliénés en Italie; par le Dr P. Moreau (de Tours) 36
Note sur les aliénés recueillis après condamnation dans les asiles publics de 1886 à 1890 et ponr lesquels il semble qu'une expertise médico-légale eût évité la condamnation; par H. Monod. . . . 183
Rapport sur l'état mental du sieur A..., incnlpé d'outrages aux mœurs. Perversions sexuelles, exhibitionnisme; par le Dr Rayneau. 387

IV. — Législation.

Législation relative à l'alcoolisme; par le Dr Meilhon 212

V. — Revue critique.

Les déformités osseuses de la tête et la dégénérescence; par le Dr A. Cullerre. 52
De la démence paralytique dans la race nègre.; par le Dr A. Cullerre 220
Sur la chirurgie cérébrale dans les aliénations mentales; par le Dr René Semelaigne. 394

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

PAGES

Séance du 29 octobre 1894.—Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Sollier, Fletcher Beach, Conolly Norman, Rohé, Ritti, Clemens Neisser, Paul Aubry, Miguel Bombarda, Christian, Vallon. — Rapport de M. Magnan sur la candidature de M. Miguel Bombarda : élection. — Rapport de M. Sollier sur la candidature de M. Boissier : élection. — Rapport de M. Vallon sur la candidature de M. Hannion : élection. — Des asiles spéciaux pour les alcoolisés : MM. Christian, Joffroy, Aug. Voisin, Briand, Charpentier, Motet, Ballet 26

Séance du 26 novembre 1894. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Hanuion, Boissier, Miguel Bombarda, Xavier Francotte, Luys. — Rapport de M. René Semelaigne sur les candidatures de MM. Conolly Norman, Fletcher Beach et Rohé : élection. — Coexistence d'hallucinations verbales auditives (sensorielles) et d'hallucinations verbales psychomotrices. Dialogues entre les voix extérieures et intérieures : MM. Paul Garnier et Le Filliatre, Séglas. — Hallucinations psychomotrices dans l'alcoolisme : M. Ch. Vallon. — Sur la pathogénie des attaques épileptiformes dans la paralysie générale (Hypertoxicité du sang) : MM. Legrain, Briand, Charpentier, Vallon, Garnier, J. Voisin. 76

Séance du 31 décembre 1894. — Mort de M. Donuet — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Fletcher Beach, George H. Rohé, Pierre Janet, Roubinovitch, Hamel. — Election du bureau do 1895. — Rapport de M. Christian sur la candidature de M. Francotte : élection. — Rapport de M. Ballet sur la candidature de M. Manu : élection. — Rapport de M. Briand sur la candidature de M. Georges Lachaux : élection. — Séquestration et sortie d'un aliéné criminel ordonnées par la justice : MM. Garnier, Marandon de Montyel, Vallon, Arnaud, Briand, Joffroy, Dupain, Legrain. 226

Séance du 28 janvier 1895. — A propos du procès-verbal : M. Ritti. — Installation du Bureau : MM. Aug. Voisin, Moreau (de Tours). — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Francotte, Lachaux, Blin, Roubinovitch, Bombarda. — Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1895. — Nomination des commissions de prix. — Rapport de M. Vallon sur la candidature de M. Pierre Jannet : élection. — Vêtements et appareils protecteurs étranges portés de jour et de nuit par un dégénéré persécuté (*deux fig.*) : MM. Paul Garnier et Le Filliâtre. — Des attaques épileptiformes et apoplectiformes dans la paralysie générale : MM. Christian, Ballet. — Séquestration et sortie d'aliénés ordonnées par la justice : MM. Febvré, Ramadier. 252

Séance du 25 février 1895. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Pierre Janet, Toulouse, Durand (de Gros). — Mort de MM. Solaville et Bournet. — Rapport de la Commission des finances : M. Christian. — Rapport de M. P. Sérieux, sur les candidatures à une place de membre titulaire : élection de M. Blin. — Sur la sortie des aliénés dangereux, ordonnée par autorité de justice : MM. Legrain, Briand, Arnaud, Joffroy, Charpentier, Toulouse, Ritti. 421

Séance du 25 mars 1895. — Mort de MM. Calmeil et Haek Tuke :

PAGES

MM. Moreau (de Tours), Ritti. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Blin, Antonio de Gordo, Luigi Mougeri, Masoin père, Masoin fils. — Rapport de M. René Semelaigne sur les candidatnres à une place de membre titulaire : élection de M. Roubioowitch. — Rapport de M. Bouchereau sur la candidature de M. Edward Cowles : élection. — Rapport sur « Le Merveilleux scientifique » de M. Durand (de Gros) : MM. Pierre Janet, Rist. — A propos de la communication de M. Legrain sur les attaques épileptiformes dans la paralysie générale : MM. Aug. Voisin, Charpentier, Cullerre, Christian. 440

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1891-1893).

Anal. par les Drs Camuset et Lwoff.

Expériences sur un décapité. 113
Abcès sous-méningé. 115
Tic douloureux de la face 115
Sutures nerveuses. 116
Accidents de la chloroformisation. 120
Procédé des tractions rythmées de la langue dans les diverses asphyxies et dans la mort apparente qui en est la suite. 121
Tétanos 124
Eclampsie. 125
Transfusion nerveuse dans la neurasthénie 126
Opération ostéoplastique dans un cas de fracture comminutive du crâne. 127
Atrophie musculaire progressive. 128
Modification des parties centrales du nerf moteur atteint dans son bout périphérique 129
Etiologie des psychoses post-puerpérales. 129
Paralysie aiguë ascendante 130
Syringomyélie 130
Trajet des fibres optiques 131
Dégénérescence des fibres cérébrales consécutive à la destruction de la substance corticale 131
Nouvelle méthode pour l'étude des fonctions du cerveau 132
Classification des maladies mentales. 132

JOURNAUX AMÉRICAINS (1892-1893).

Anal. par le Dr V. Parant.

Education physique des enfants. 296
Massage mécanique. 296
Causes de la folie. 296
Régime alimentaire dans le traitement de la folie. 297
Influence de la musique sur l'esprit. 297
Méthode scolaire de travail dans les asiles. 298
Etat de rêve et ses corrélations psychiques 298
Folie et maladies rénales. 298, 310 et 311
Bichlorure d'or dans le traitement de l'ivrognerie. 298
Restraint mécanique dans le traitement des aliénés. 299
Lois et conditions réglant la conduite de l'homme. 299
Trois faits cliniques 300
Folie consécutive aux fièvres. 300

PAGES

Troubles de la parole chez les aliénés 300
Origine de la folie 301
Traitement de l'hématome de l'oreille 301 et 310
Unification des lois des Etats-Unis pour l'internement des aliénés. 301
Progrès à réaliser dans le traitement des aliénations récentes. . . 302
Motifs réglant les actes criminels des aliénés 302
Conséquences mauvaises d'une éducation morale trop restreinte. . . 302
Traitement de l'imbécillité par une opération chirurgicale ou par l'éducation 303
Ablation des ovaires comme traitement de la folie 303
Folie comme excuse de crime 303
Folie dans ses rapports avec la loi 303
Adjuvants du traitement médical des aliénés dans les asiles. . . 303
Trional et tétronal comme hypnotiques et sédatifs chez les aliénés. 303
Le sang dans la mélancolie et les effets d'un traitement tonique régulier 304
Nouvel asile d'aliénés de Boston 304
Statistique des aliénés dans la Nouvelle-Galles du Sud 304
Des guérisons solides dans la folie 304
Alcoolisme dans l'Etat de New-York 305
Irresponsabilité des aliénés, d'après la loi française 305
Réforme du traitement des aliénés 305
Folie puerpérale 305
Traitement des psychoses dégénératives 307
Progrès réalisés dans le traitement des aliénés par la création des écoles d'infirmiers 307
Augmentation des aliénés 308
Tropho-neuroses des aliénés 308
Exercice physique dans le traitement de la folie 308
Mortalité des épileptiques dans les asiles d'aliénés 309
Triple personnalité 309
Traitement de l'insomnie 309
Folie d'origine toxique 309
Responsabilité des ivrognes 310
Modifications de la respiration chez les aliénés 310
Epilepsie mentale 311
Double personnalité 311
Hôpital de détention pour aliénés à New-York 312
Quatre cas de folie survenant dans quatre générations successives. 312
Température dans 25 cas de paralysie générale 313
Cas anormaux de paralysie générale 313

II. — Bibliographie.

La paralysie générale; par les Drs V. Magnan et Paul Sérieux (Anal. par J. Soury) 133
La contagion du meurtre. Etude d'anthropologie criminelle; par le Dr Paul Aubry (Anal. par le Dr Paul Moreau [de Tours]) 143
Les diplégies cérébrales de l'enfance; par le Dr Rosenthal, de Vienne (Anal. par le Dr Camuset) 314
L'insomnie et son traitement; par le Dr Maurice de Fleury (Anal. par J. Soury) 458
La simulation des maladies mentales; par M. le Dr A. Govseëf (Anal. par le Dr Roubinovitch) 464
L'œil des épileptiques; par les Drs de Bono et Dotto (Anal. par J. Soury) 467
Un cas de folie sympathique post-nuptiale; par le Dr Funaioli (Anal. par le Dr Nicoulau) 472

PAGES

Délire systématisé primitif ; rumination érotique ; sitiophobie grave; par le Dr Antonini (Anal. par le Dr Nicoulau) 474
Hallucinations et illusions; par le Dr Jules de Mattos (Anal. par le Dr Nicoulau) 476
Premiers éléments de psychologie et de médecine mentale; par le Dr Burr (Anal. par le Dr V. Parant) 478
Observation de syringomyélie; par le Dr J.-H. Lloyd (Anal. par le Dr Journiac) 480
Bulletin bibliographique 146, 317 et 481

III. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Pactet, Trenel, Toulouse, Guyot, Auglade, Gaueklcr. — Nécrologie : Donnet. — Visite des ministres de la guerre et des travaux publics à l'asile de Pau. — Martyrologe de la psychiatrie (*suite*). — Prix de l'Académie de médecine. — Prix de l'Académie des sciences. — Influence de la réforme de Pinel sur le progrès moral de l'humanité. — Tribunaux. — Faits divers 148
Nominations et promotions : MM. Motet, Ballet, Mairet, Ligier, Dupain, Ramadier, Dubourdieu, Vigouroux, Vernet, Boiteux, Taguet, Kéraval. — Néerologie : Espian de Lamaëstre, Vétault. — Martyrologe de la psychiatrie (*suite*). — Procès de suicidés dans l'ancienne Bretagne. — La lutte contre l'alcoolisme. — Le suicide chez les femmes. — Un persécuté en liberté. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique. — Erratum. 319
Nominations et promotions : MM. Croustel, Péeharman, Camuset, Barroux, Dupain, Bezombes, Tondu, Bresson. — Nécrologie : Calmeil, Hack Tuke. — Interpellation à la Chambre des députés sur le meurtre d'un garde champêtre par un aliéné. — Prix de l'Académie de médecine. — Les suicides en Angleterre. — Congrès annuel de médecine mentale et nerveuse : session de Bordeaux (1895). — Enseignement : M. Toulouze 483

Table des matières du tome Ier de la 8e série 508

Le Rédacteur en chef-Gérant : Ant. Ritti.

Paris. — Imprimerie L. Maretheux, 1, rue Cassette.